



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, Comas – 2023

PRESENTADO POR

Sairitupac Capac, Liz Avelina

ASESOR

Millones Gómez, Segundo German

Lima, Perú, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD ANTIPLAGIO TURNITIN

Mediante la presente, Yo:

1. Liz Avelina Sairitupac Capac; identificada con DNI 72729554
2. _____
3. _____

Somos egresados de la Escuela Profesional de ENFERMERÍA del año 2021 – I, y habiendo realizado la¹ TESIS para optar el Título Profesional de ² LICENCIADO EN ENFERMERÍA, se deja constancia que el trabajo de investigación fue sometido a la evaluación del Sistema Antiplagio Turnitin el 18 de abril de 2024, el cual ha generado el siguiente porcentaje de similitud de ³: 22 % (veintidós por ciento).


En señal de conformidad con lo declarado, firmo el presente documento a los 18 días del mes de abril del año 2024.



Egresado 1

Egresado 2

Egresado 3



**Segundo German Millones
Gomez
DNI 10690269**

¹ Especificar qué tipo de trabajo es: tesis (para optar el título), artículo (para optar el bachiller), etc.

² Indicar el título o grado académico: Licenciado o Bachiller en (Enfermería, Psicología ...), Abogado, Ingeniero Ambiental, Químico Farmacéutico, Ingeniero Industrial, Contador Público ...

³ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

Factores Asociados al Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus

ORIGINALITY REPORT

22%

SIMILARITY INDEX

24%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 repositorio.uwiener.edu.pe 7%
Internet Source

2 repositorio.uma.edu.pe 6%
Internet Source

3 repositorio.uch.edu.pe 3%
Internet Source

4 Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista 2%
Student Paper

5 hdl.handle.net 1%
Internet Source

6 repositorio.upsjb.edu.pe 1%
Internet Source

7 pesquisa.bvsalud.org 1%
Internet Source

8 repositorio.unasam.edu.pe 1%
Internet Source

repositorio.uoosevelt.edu.pe

Dedicatoria

A mi pequeño Jhaydem, por darme las fuerzas para seguir creciendo día a día e impulsarme a ser mejor en todo lo que haga. Hijo mío, como parte de mi tesis, tu eres el mejor capítulo.

Agradecimiento

A Dios, por guiarme con sabiduría durante este proceso. A mis padres, familia y docentes de la universidad, por ser parte de esta bonita etapa profesional.

Índice General

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice General	4
Índice de Tablas	5
Índice de Anexos	7
Resumen	8
Abstract	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	10
1.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
1.2.1 Diabetes mellitus	15
1.2.2 Autocuidado.....	16
1.3 HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN	19
II. MATERIALES Y MÉTODOS	23
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN).....	23
2.3 VARIABLE DE ESTUDIO	24
2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	24
2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	
25	
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos	26
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	26
2.7 Aspectos éticos.....	26
III. RESULTADOS	28
3.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	28
3.2 ANÁLISIS CORRELACIONAL	30
IV. DISCUSIÓN	48
4.1 DISCUSIÓN.....	48
4.2 CONCLUSIONES	52
4.3 RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	61

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo II	30
Tabla 2. Autocuidado y sus dimensiones en pacientes con diabetes mellitus tipo II	32
Tabla 3. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado	33
Tabla 4. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	34
Tabla 5. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión sexo y autocuidado	35
Tabla 6. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión sexo y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	36
Tabla 7. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y autocuidado	37
Tabla 8. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	38
Tabla 9. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y autocuidado	39
Tabla 10. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	40
Tabla 11. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y autocuidado	41
Tabla 12. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	42

Tabla 13. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y autocuidado	43
Tabla 14. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	44
Tabla 15. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y autocuidado	45
Tabla 16. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	46
Tabla 17. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y autocuidado	47
Tabla 18. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	48
Tabla 19. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y autocuidado	49
Tabla 20. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	50

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables.....	56
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	58
Anexo C. Consentimiento Informado.....	60
Anexo D. Validación de juicio de expertos	62
Anexo E. Prueba de confiabilidad.	65

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud Gustavo Lanatta de Comas en el 2023.

Materiales y métodos: Enfoque cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. La población fueron pacientes con diabetes mellitus tipo II. La técnica utilizada fue la encuesta. Los instrumentos fueron una lista de recolección de datos y un cuestionario, ambos válidos y confiables para el estudio.

Resultados: El 54,2% tuvo entre 18 a 29 años, el 57,8% fueron del sexo femenino, el 50,6% consumía tabaco, el 62,7% no consumía alcohol. El 77,1% de pacientes tuvo autocuidado adecuado. En control médico el 54,2% tuvo autocuidado adecuado, en dieta el 74,7% fue adecuado, en ejercicios el 79,5% fue adecuado, en descanso y sueño el 59% fue adecuado. Los factores asociados al autocuidado fueron edad ($p=0,000$), sexo ($p=0,000$), tiempo de enfermedad ($p=0,003$), trato del personal ($p=0,041$).

Conclusiones: Los factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron edad, sexo, tiempo de enfermedad y trato del personal.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, autocuidado, factores (DeCS).

Abstract

Objectives: To determine the factors associated with Self-Care in Patients with type 2 diabetes mellitus at the Gustavo Lanatta Health Center in Comas in 2023.

Materials and Methods: Quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational approach. The study population consisted of patients with type 2 diabetes mellitus. The applied technique was the survey. The instruments were a data collection checklist and a questionnaire, both valid and reliable for the study.

Results: 54.2% of the participants were between 18 and 29 years old, 57.8% were female, 50.6% were tobacco consumers, and 62.7% did not consume alcohol. 77.1% of patients practiced adequate self-care. In medical control, 54.2% had adequate self-care, while in diet, 74.7% was adequate; in exercise, 79.5% was adequate, and in rest and sleep, 59% was adequate. The factors associated with self-care included age ($p=0.000$), gender ($p=0.000$), duration of the disease ($p=0.003$), and staff treatment ($p=0.041$).

Conclusions: The factors associated with self-care in patients with type 2 diabetes mellitus were age, gender, duration of the disease, and staff treatment.

Keywords: type 2 Diabetes, self-care, factors (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA

Situación problemática

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) implica una problemática mundial de salud pública; un incremento en la prevalencia de DM se espera que conduzca al aumento de complicaciones en la población, alterando especialmente la calidad de vida, la demanda de atenciones sanitarias y la economía global, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha considerado una de las cuatro patologías no transmisibles que requieren intervención prioritaria (1).

Además, la DM2 incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades de las arterias coronarias y cerebrovasculares. En todo el mundo, aproximadamente entre el 75% y el 80% de las personas con diabetes mueren debido a complicaciones cardiovasculares. La DM2 está aumentando mucho más rápidamente debido al aumento de la obesidad, niveles reducidos de actividad física y el envejecimiento de la población. La DM2 es una patología de larga data compleja que exige atenciones médicas y autocuidado continuo (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró que DM2 es una de las principales amenazas para la salud pública, asimismo, señaló que aproximadamente 62 millones del total de la población han recibido un diagnóstico de DM2 y se espera un incremento de 109 millones para el 2040; en el 2019 los datos revelaron que la DM2 fue clasificada como la sexta causa de fallecimientos en las Américas, dado que ocurrieron cerca de 244,084 fallecidos por causas relacionadas a la diabetes (3).

Por otra parte, el impacto que genera la DM2 en la economía perjudica tanto al afectado por la enfermedad como a sus familiares, además, a gran escala provoca predominantes cargas económicas y se estima que la tasa por año sea de 140 mil a 174 mil millones de soles, de modo que los individuos afectados gastan el doble en comparación con los que no tienen la enfermedad (4).

En el ámbito nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú indicó que para el 2020 el 4 % individuos mayores a 15 años han sido diagnosticados con diabetes, donde las mujeres son afectadas en el 4,3 % y los varones en 4,1 %, además, el 69 % recibió terapia en el último año (5). Un reporte del Ministerio de Salud (MINSa) señaló que la diabetes prevalece en más proporción en la costa (5,2%) y selva (3,5%), siendo los departamentos con más diabéticos: Lima, Piura y Lambayeque (6).

La DM2 se reconoce como una enfermedad de gran impacto para el ser humano y los gastos sanitarios. El progreso de la economía y el aumento de la urbe han generado un incremento considerable de la carga de diabetes en diversas regiones del orbe. La DM2 afecta adversamente la funcionalidad y la calidad de vida de los individuos, contribuyendo a una morbilidad y mortalidad temprana considerable. Estas tendencias se han atribuido a prácticas insuficientes de autocuidado como el creciente consumo de alimentos poco saludables y una vida sedentaria, factores que resultan en un incremento de peso y alteraciones en la glicemia (7).

El autocuidado desempeña un papel fundamental en el manejo efectivo de la diabetes. Los individuos con esta condición deben asumir un rol activo en su autocuidado para controlar los niveles de azúcar en la sangre y prevenir complicaciones. Esto implica adherirse a una dieta balanceada, realizar ejercicio físico regular, monitorear los niveles de glucosa, tomar medicamentos según lo prescrito, y mantener un peso saludable. Al asumir responsabilidades diarias en su autocuidado, los individuos pueden mejorar su calidad de vida, reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo y tener un mayor control sobre su condición, aspectos cruciales para un manejo exitoso de la diabetes (8).

Los factores como la edad, el sexo y el nivel de educación desempeñan roles significativos en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. La edad puede influir en la disposición para adoptar cambios en el estilo de vida y la capacidad para mantener hábitos saludables. En cuanto al sexo, se han observado diferencias en las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres. Además, el nivel educativo está asociado con un mayor acceso a la información y la comprensión de las medidas de autocuidado,

influyendo en la capacidad de seguir recomendaciones médicas y mantener hábitos saludables. Sin embargo, es importante considerar que estos factores, así como los relacionados al paciente o a la atención de salud pueden interactuar de manera compleja y que la atención individualizada, teniendo en cuenta estas diferencias, es fundamental para promover un autocuidado efectivo en estos individuos.

En Lima – Perú, Vilchez et al. (9) en el 2020 tuvieron por finalidad “determinar los factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes con DM 2” , la muestra fue de 572 pacientes. Se trató de un estudio correlacional. En sus resultados determinaron que hubo un autocuidado inadecuado en control de la glicemia con 87 % y ejercicio con 77%; además, los que presentaban un conocimiento adecuado y un control estricto tuvieron un adecuado cumplimiento en su dieta (63%). Concluyeron que existe correlación negativa entre los pacientes con educación secundaria, técnica y universitaria respecto al control glucémico (Rho -1,02 y $p < 0,05$).

Un estudio en Lima-Perú, por Ayma (10) en el 2018, tuvo como propósito “analizar los factores que influyen en el autocuidado en pacientes con DM 2”, se trató de estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, aplicado a 68 pacientes diabéticos. Hallaron que los factores personales estuvieron presentes en el 68% con un nivel medio, asimismo, según las dimensiones: en conocimiento, el 53% tuvo un nivel medio; en estilos de vida el 81% tuvo un nivel bajo; con respecto al autocuidado global, el 66% tuvo un nivel malo; según sus dimensiones, en el cuidado de pies el 74% presentó nivel malo; en control glucémico, alimentación y ejercicios el 77%, 92% y 77% respectivamente tuvo un nivel malo; en disciplina para el medicamento el 66% fue regular, de modo que se concluyó que dichos factores influyen de forma significativa con el autocuidado con una correlación de Spearman de 0,277.

Por otra parte, un estudio realizado en el distrito de Belén – Perú, por Vargas et al. (11) en el 2023, tuvieron por objetivo “Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2”. Estudio con enfoque cuantitativo - correlacional. En cuanto a los factores sociodemográficos, el 27% tuvo de 51 a 60 años, el 74% fueron mujeres, el 34%

fueron convivientes, 49% tuvieron instrucción primaria y el 75% tuvo ingresos familiares menores a 500 soles. Además, el 83% tuvo un autocuidado bueno. Concluyendo que los factores sociodemográficos asociados significativamente fueron edad y sexo ($p < 0,05$).

En Lima-Perú, Chipana et al. (12), en 2021, realizaron un estudio cuyo propósito fue “determinar la relación entre el conocimiento y autocuidado en pacientes con DM 2”. En resultados, el 88% presentó autocuidado inadecuado y el 100% fue inadecuado en el análisis de glucosa. El conocimiento fue medio en el 71,1%. Concluyeron que hubo relación significativa entre el conocimiento y el autocuidado con Spearman = 0,45 y un valor $p = 0,000$.

A su vez, en Chimbote-Perú, Veritd (13), en el 2021, planteó como objetivo “analizar la relación entre factores socioculturales y el autocuidado en pacientes con DM2” con enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, aplicado a 54 pacientes. Encontraron que el 61% de los pacientes se encarga adecuadamente de sus enfermedades. Al considerar factores socioculturales, se observó que la mayoría de quienes buscan atención son hombres (39%), la edad frecuente oscila entre 40 y 49 años (23%), el nivel educativo predominante es nivel secundario (28%), el estado civil más común fue conviviente (28%), y la terapéutica principal comprendió el uso de pastillas e insulina (24%). Además, la mayoría de los diabéticos tenía antecedentes familiares de DM2 43%). Concluyendo que no se identifica una relación significativa entre estas variables, evidenciado por un valor de p mayor a 0.05.

Internacionalmente, en Irán, Nejat et al. (14), en el 2021, hicieron un estudio bajo un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, aplicado a 100 pacientes con DM2. Se empleó un cuestionario elaborado por el investigador. Indicó que la puntuación promedio de autocuidado de los pacientes fue de $84,41 \pm 11,75$ y en el nivel intermedio. Los resultados de la prueba del coeficiente de correlación de Spearman mostraron una relación significativa entre el comportamiento de autocuidado y el género ($p = 0,001$) y el tipo de seguro ($p = 0,035$).

Por otra parte, en Brasil, Brevidelli et al. (15), en el 2021, tuvieron por objetivo “analizar los factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2”, bajo un

diseño correlacional. Los resultados mostraron que más del 50% de diabéticos presentaron un autocuidado moderado. Se concluyó que el 93 % de la variabilidad en el autocuidado general se explica mediante factores como el género femenino, el estado civil de casado o en unión libre estable, la condición de jubilado, el mayor tiempo de diagnóstico y una actitud más positiva hacia la DM2, por lo tanto, se relacionan significativamente con el autocuidado ($p < 0,05$).

A su vez, en Etiopía, Molalign et al. (16), en el 2021, se propusieron “determinar los factores asociados al autocuidado en DM 2”, bajo un enfoque cuantitativo, diseño correlacional, se estudiaron 570 pacientes con DM2. La recolección de datos se realizó utilizando el resumen de actividades de autocuidado de la diabetes (SDSCA). Hallaron que el 46% tenían buenas prácticas de autocuidado y solamente 11% tenían acceso a un glucómetro personal. Residencia urbana (AOR = 1,9, IC 95% = 1,20–2,94), grupo de edad 48–63 años (AOR = 2,1, IC 95% = 1,19–3,98), sin educación formal (AOR = 2,6, IC 95% = 1,32-5,25), contar con apoyo familiar (AOR = 1,9, IC 95 % = 1,24-2,85) y tener un glucómetro personal en casa (AOR = 6,1, IC 95 % = 2,83-13,0) fueron los factores asociados con autocuidado de la diabetes.

Otro estudio fue realizado en Etiopía por Zewdie et al. (17), en el 2022 con la finalidad fue “determinar los factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2” bajo un enfoque cuantitativo y correlacional. Hallaron que del total de investigados el 50% reportaron buenas prácticas de autocuidado. Estar en la categoría de edad de 60 a 69 años (AOR = 0,334, IC 95 % (0,135, 0,951)), tener ≥ 70 años (AOR = 0,359, IC 95 % (0,135, 0,951)), tener complicaciones (AOR = 1,956, IC del 95 % (1,172, 3,262)), tener comorbilidad (AOR = 0,443, IC del 95 % (0,262, 0,749)) y educación en diabetes (AOR = 2,684, IC del 95 % (1,633, 4,412)) fueron significativamente asociados con un buen autocuidado de la diabetes.

Finalmente, en Etiopía, Gurmu et al. (18), en el 2018 se propusieron “determinar los factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2” bajo un diseño correlacional. La puntuación promedio para el autocuidado de diabetes fue de $39,8 \pm 9,5$ y el 45,5% de los pacientes obtuvo puntaje inferior a la media. El análisis de regresión logística múltiple reveló que tener más conocimiento sobre

diabetes (AOR = 2,42, IC 95 % = 1,22, 4.80), autoeficacia (AOR = 3,30, IC 95% = 1,64, 6,62), apoyo social (AOR = 2,86, IC 95% = 1,37, 5,96), escuela educación (AOR = 6,0, IC del 95 % = 1,90, 18,85) y una mayor duración de la diabetes (AOR = 5,55, IC del 95 % = 2,29, 13,44) fueron predictores importantes de una buena práctica de autocuidado de la diabetes.

1.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.2.1 Diabetes mellitus

Definición

La diabetes mellitus (DM) es una patología crónica cuyo signo característico es la glucosa en sangre elevada de forma persistente. Puede originarse por alteraciones de la producción de insulina o resistencia al actuar de esta en los tejidos. Esta glucosa elevada de forma crónica sumada a otras alteraciones metabólicas en pacientes con DM2 puede originar un impacto negativo en los diversos tejidos y órganos, resultando en complicaciones que pueden llevar a la discapacidad clasificadas como microvasculares (nefropatía y neuropatía) y macrovasculares que conllevan a un aumento de 2 a 4 veces la posibilidad de sufrir patologías cardiovasculares (19).

Tipos de diabetes

Existen principalmente la diabetes tipo 1 que es autoinmune dado que el sistema inmune agrede y destruye las células beta pancreáticas, lo que resulta en la imposibilidad del cuerpo para elaborar insulina; la DM2 es el tipo más frecuente relacionada con la resistencia a la insulina, en esta condición el cuerpo humano no aprovecha efectivamente la insulina que genera. Por último, la diabetes gestacional se desarrolla en el embarazo y puede afectar a las mujeres que no tenían diabetes previamente, pero generalmente se resuelve después del parto. Además de estos tipos principales, existen otras formas menos comunes de diabetes, que pueden ser causadas por factores genéticos o condiciones médicas específicas. Cada tipo de diabetes requiere enfoques de manejo y tratamiento particulares (20).

La DM2 representa cerca del 90% de la totalidad de casos y se debe a una inacción de la insulina, ello inicialmente es contrarrestado por un incremento en la producción de esta, permitiendo mantener los valores de glicemia; sin embargo, con el tiempo su producción disminuirá. Las estadísticas muestran que afectan mayormente a individuos mayores de 45 años. Últimamente se ha evidenciado una mayor afectación en niños, adolescentes y jóvenes, producto de un estilo de vida sedentario (21).

Etiología

La DM2 tiene como base fisiopatológica una disfunción de las células beta pancreáticas. Al inicio se produce una compensación con un aumento en la producción de insulina, manteniendo los niveles de glicemia. Sin embargo, con el tiempo, dichas células ya no pueden mantener una producción constante, produciendo alteraciones de la glicemia. Por otra parte, se puede producir una resistencia al actuar de la insulina que comúnmente se asocia al tejido adiposo localizado en el abdomen (22).

Complicaciones

La glicemia elevada de forma persistente en la DM2 causa diversas complicaciones, que pueden ser tempranas o tardías. Al respecto, la DM2 puede originar patologías cardiovasculares, afectaciones de la retina, incluso la pérdida de algún miembro por daño vascular. Dentro de las tempranas tenemos a la hiperglicemia, cetoacidosis o coma. Las complicaciones microvasculares crónicas son la nefropatía, la neuropatía (23).

1.2.2 Autocuidado

Definición

Definido como “conjunto de acciones que se desarrollan de manera regular como parte de la rutina diaria con el objetivo de cuidar y mantener la salud”. Se trata de una sucesión de actividades que abarcan los esfuerzos de la persona por fomentar una salud óptima, evitar patologías, identificar síntomas en etapas tempranas y gestionar patologías de larga data. De modo que la participación en

la actividad de autocuidado contribuye a una diversidad de experiencias según las actividades y las motivos por las que se realice (24).

Según Orem (24), es “la responsabilidad que recae en los individuos para promover, preservar y cuidar su salud se manifiesta a través del conjunto de comportamientos intencionados que llevan a cabo. Estas acciones buscan ejercer control sobre los factores internos o externos que pueden tener un impacto en su presente y futuro”. Es una conducta que se da en específicas circunstancias, y que la persona dirige hacia sí mismo o para ejercer el control de los factores que podrían tener efecto negativo en su desarrollo y actividad para beneficiar su vida, salud y bienestar (25).

Teoría del autocuidado

Se basa en los conceptos claves del autocuidado, requisitos del autocuidado y demandas del autocuidado. El autocuidado, según Orem (25), se refiere a las actividades que un individuo desarrolla para fomentar y mantener su bienestar en el transcurso de la vida. Estos conceptos fundamentales son pilares en su enfoque teórico sobre la atención y el cuidado de la salud (26). Para Orem, “el cuidado es una función reguladora humana que toma la forma de la acción intencional”. Por esta razón, destaca la importancia de las demandas individuales de autocuidado, subrayando que los enfermeros pueden llevar a cabo actividades específicas para fomentar la salud y el bienestar. Asimismo, en su marco teórico, Orem (26) clasifica a las personas en dos categorías: aquellas que requieren atención y aquellas que asumen el rol de proveedores de atención. La teoría además es aplicable a diversas patologías o situaciones específicas, incluyendo situaciones en las que adultos enfrentan enfermedades crónicas (27).

En lo que respecta al manejo de la salud, DM2 se caracteriza como una patología crónica con una prevalencia que cambia significativamente a nivel mundial y que continúa en aumento. En la época actual, el manejo intensivo de la diabetes abarca estrategias terapéuticas que involucran el uso de insulina o agentes orales, así como la monitorización periódica de los niveles de glicemia y la realización regular de actividad física. de forma consistente y la implementación de terapia de nutrición médica, constituyen los pilares fundamentales del tratamiento para las personas con diabetes (28).

En relación con la alimentación, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ha identificado la autogestión alimentaria como un elemento fundamental para las personas con diabetes. Los expertos en nutrición sugieren que la calidad y cantidad de alimentos son aspectos fundamentales en el control de la DM2, ya que ambos afectan los niveles de glicemia. Se deben ingerir las comidas dentro de un horario regular, optando por opciones bajas en grasas y ricas en fibra, limitando la cantidad de carbohidratos (29).

Establecer una rutina de actividad física es fundamental con el fin de gestionar la glicemia y, en términos generales, para mantener la salud en pacientes con DM2. La actividad física abarca todo movimiento que incremente el gasto energético, por otro lado, el ejercicio implica acciones planificadas y estructuradas. La práctica regular de ejercicio beneficia el control glucémico en la DM2, reduce los riesgos cardiovasculares y contribuye a la pérdida de peso (30).

Un descanso nocturno reparador podría desempeñar un papel en la reducción de niveles desfavorables de glicemia al respaldar sistemas saludables. La privación del sueño es otro factor que contribuye al incremento de la glicemia, incluso durante una sola noche, puede aumentar la resistencia a la insulina, lo que podría resultar en elevaciones en los niveles de glicemia. Por ende, la carencia de sueño se asocia con la presencia de DM2, una alteración relacionada con la regulación de la glucosa (31).

En relación con los comportamientos perjudiciales, el hábito de fumar es la principal etiología evitable de morbi-mortalidad a nivel general, siendo causa del 11.5% de las muertes anuales, equivalente a 6.4 millones. El tabaquismo aumenta significativamente la posibilidad de padecer enfermedad cardiovascular (ECV), ya sea en la población o en aquellos individuos que padecen diabetes tipo 2 (32).

Una de las complicaciones principales vinculadas a la DM2 es el pie diabético (PD). La concientización adecuada por parte de los pacientes referente al cuidado de sus pies se presenta como una línea crucial de defensa para prevenir problemas en los pies y posibles amputaciones. La implementación de prácticas

adecuadas para el cuidado de la salud del pie desempeña un papel indispensable en la disminución de la presencia de úlceras en los pies y sus complicaciones asociadas (33).

La DM2 constituye la principal causante de alteración de la visión en personas de 18 a 64 años, sin manifestar sintomatología evidente. Realizar una evaluación ocular anual puede prevenir el 95% de la pérdida visual asociada a la diabetes. La retinopatía diabética, una enfermedad ocular, representa un riesgo potencial de pérdida de visión y ceguera en individuos con DM2 (34).

1.3 HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN

La hipótesis general del estudio será:

H1 Existe asociación significativa entre los factores asociados y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Entre las hipótesis específicas, se tienen:

Hipótesis específica 1

H1: Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 2

H1: Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión sexo y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 3

H1: Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 4

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 5

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 6

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 7

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 8

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Hipótesis específica 9

H1: Existe asociación significativa entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

El objetivo general del estudio será

Determinar la asociación entre los factores asociados y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Objetivos específicos:

Describir el autocuidado en cada una de las dimensiones del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre el factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre el factor sociodemográfico en su dimensión sexo y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre el factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Determinar la asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Importancia y justificación de la investigación

La evidencia señalada en la situación problemática hace alusión a cifras cada vez más alarmantes de personas con ENT como la diabetes, que provocan con el tiempo diversas complicaciones si no existen los cuidados oportunos, ello insta al desarrollo de investigaciones que plantean promover conocimiento actualizado sobre factores que inciden en el autocuidado en pacientes con DM2,

situación justificada totalmente a nivel teórico, ya que la DM2 es un problema de salud pública mundial. Asimismo, hay que indicar que esta investigación generará nuevos aportes acerca de la problemática, pudiendo a partir de ello diseñar una diversidad de cuidados que favorezcan la salud y bienestar de los individuos con DM2.

Referente al valor práctico, los resultados de este estudio facilitarán al establecimiento de salud poder mejorar sus procesos de atención y cuidados dirigidos a los individuos con diabetes.

Referente al valor social, hay que indicar que los aspectos favorables que se desprendan de la investigación beneficiarán de manera directa a todos los participantes y usuarios de los servicios médicos y otros.

Finalmente, referente al valor metodológico, hay que indicar que la presente investigación fue desarrollada teniendo como sustento los postulados del método científico, esto le otorga una perspectiva y rigor en los procedimientos para lograr resultados y conclusiones sólidas y de utilidad que buscarán ser un real aporte para mejorar el autocuidado de los diabéticos.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño transversal - correlacional. Se dice que es cuantitativa ya que generalmente empieza con una pregunta de investigación enfocada, recopila datos de un gran número de individuos y describe los datos resultantes utilizando técnicas estadísticas. Se trató de un estudio transversal, dado que la recogida de información se realizó en un periodo específico de tiempo. Además, fue de naturaleza correlacional ya que se establecieron relaciones entre las variables (35).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO (CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN)

En esta investigación se trabajó con los pacientes con DM2 que son atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta de Comas en el 2023, donde se cuenta con un registro de pacientes con DM2 actualizado para el año 2023. Según dicho padrón se cuenta con 86 pacientes debidamente registrados. Para tener precisa las cualidades de cada uno de los pacientes se aplicarán los criterios de selección establecidos previamente por la investigadora. Seguidamente se detallan estos criterios que permitieron identificar al participante idóneo:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con mayoría de edad quienes se atienden en el establecimiento de salud
- Pacientes residentes en la jurisdicción del centro de salud
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona
- Pacientes que de manera voluntaria desean ser parte del estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes no lúcidos y/o con alteraciones de la conciencia

- Pacientes que no desean participar y que no otorgan el consentimiento informado

Luego de considerarse los criterios de selección quedaron 83 pacientes, siendo la muestra final del estudio.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

Variable 1. Factores asociados

Definición conceptual: “Un factor de riesgo para la salud es la posibilidad o probabilidad de que algo dañe o afecte su salud” (31).

Definición operacional: Características personales o en relación con la atención de salud en los pacientes con diabetes mellitus 2 atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta que incrementan la posibilidad o probabilidad de que algo dañe o afecte su salud, el cual será evaluado a través de una ficha de recolección de datos dividida en 3 dimensiones.

Variable 2. Autocuidado

Definición conceptual: “Intentos de un individuo para promover una salud óptima, prevenir enfermedades, detectar síntomas en una fecha temprana y controlar enfermedades crónicas. De modo que la participación en la actividad de autocuidado contribuye a una gama de diferentes experiencias según el conjunto de actividades y las razones por las que se realice” (7).

Definición operacional: Intentos de un paciente con DM2 para promover una salud óptima, prevenir complicaciones, detectar síntomas en una fecha temprana y controlar su enfermedad, el cual será evaluado por un cuestionario de 3 dimensiones.

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En la investigación se empleó la encuesta. La investigación mediante la encuesta es un método cuantitativo a través del cual un investigador considera

a una muestra o un grupo de personas. Además este método se puede emplear para obtener de manera rápida los detalles en general sobre de la población a estudiar (36).

Instrumento de recolección de datos:

Se desarrolló un instrumento propio para evaluar los factores asociados, tomando como base los factores más comúnmente encontrados en otros estudios. A partir de esta información se formularon tres dimensiones: sociodemográficas, relacionadas con el paciente y relacionadas al servicio de salud. Estos datos se recopilaron a través de una ficha específica para la recolección de información.

El instrumento fue evaluado por 3 jueces expertos con grado de maestría y doctorado, quienes calificaron el instrumento con más de 80%, siendo aceptable para su aplicación (Anexo D), además, la prueba piloto obtuvo un alpha de Cronbach mayor a 0,6 siendo confiable (anexo E).

En cuanto al autocuidado, Pezo (37), desarrolló un cuestionario conformado por 7 dimensiones y 25 ítems, evaluados con escala de Likert con las siguientes puntuaciones: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5). El rango de puntuación es de 0 a 125 puntos, donde los valores finales varían entre 64 y 125, considerados como adecuados y entre 25 y 63, considerados como inadecuados. Para validar el instrumento se sometió la evaluación a la valoración de 5 expertos, quienes otorgaron una calificación promedio del 80%, indicando que el instrumento es aceptable para el estudio. Para finalizar, realizó prueba piloto con 10 pacientes de características similares, obteniendo un alpha de Cronbach de 0,966, lo cual sugiere una alta fiabilidad del instrumento.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Inicialmente se gestionó una carta de presentación que fue otorgada por la Universidad de Ciencias y Humanidades y se pidió el permiso correspondiente para el acceso al Centro de Salud Gustavo Lanatta y así poder ingresar a las

instalaciones de dicho establecimiento y realizar las actividades requeridas para nuestro estudio.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Se recolectaron los datos en setiembre 2023, esta se realizó en todo un mes. A cada paciente se le expuso los objetivos del estudio para invitarlos a ser partícipes, de igual manera se les envió el consentimiento informado para su participación. El completar el formulario por cada individuo necesitó de un tiempo promedio de 15 minutos.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El estudio fue realizado en base a los parámetros del método cuantitativo, como consecuencia de ello la estadística que aplicamos es la del tipo descriptiva, siendo aplicada a través del programa estadístico SPSS v.26. Se aplicó para el análisis de los datos herramientas como tabla de frecuencias, medidas de tendencia central, además, del cálculo de variables, entre otras funciones más; con esto, se pudieron lograr los hallazgos más sobresalientes que fueron presentadas posteriormente en tablas y cada una con su respectiva descripción.

Previo al análisis correlacional, se realizó una prueba de normalidad mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov ya que los datos eran mayores a 50 y así establecer el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas. Basado en ello, se decidió el uso del chi cuadrado como prueba no paramétrica ya que las variables estudiadas eran de tipo cualitativas, a través del cual se evaluó el grado de asociación entre variables.

2.7 Aspectos éticos

Respecto a la ética se toma en cuenta que esta es un conjunto de normas que rigen nuestras expectativas acerca del comportamiento propio y ajeno. La ética en la investigación es el grupo de lineamientos que brindan orientación en la realización de una investigación científica. Esta a su vez establece las normas de conducta para los investigadores. Para poder precisar todo ello desarrollaremos la Declaración de Helsinki (38), la cual es especialmente relevante ya que esta protege el bienestar de los individuos participantes del

estudio y el Reporte Belmont (39), en el cual se establece la aplicación de principios básicos fundamentales. En referencia a los principios bioéticos a ser aplicados, tenemos:

Principio de autonomía

Este principio alude a que los participantes en el estudio deben participar voluntariamente, sin imposición alguna que vaya contra sus derechos o dignidad y deben ser respetados, además, de ser debidamente protegidos hasta el final del estudio (40).

Este principio se aplica en nuestra investigación con los pacientes diabéticos, quienes serán informados de manera oportuna sobre los objetivos y beneficios del estudio, asimismo, serán resueltas cada una de sus dudas.

Principio de beneficencia

Alude a la acción que promueve el bienestar y que se realice todo hacia el mayor interés de los participantes en el presente estudio (40).

Como producto de nuestra investigación habrá beneficios que se les hará conocer a los participantes.

Principio de no maleficencia

Establece que se desarrollen investigaciones, pero ellas no deberán representar algún riesgo que pueda originar daño parcial o totalmente al paciente. Todos los riesgos y daños potenciales deben mitigarse a través de precauciones debidas (40).

A los pacientes se les informó que no se incurrirá en situaciones de riesgo que afecten su salud e integridad.

Principio de justicia

En el contexto de la ética en investigación se establece la distribución de los beneficios de forma justa-equilibrada (40).

A los pacientes se les prestó un trato equitativo y de forma igualitaria.

III. RESULTADOS

3.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo II

		Frecuencia	%
Edad rango	Menor a 18 años	0	0,0%
	18 a 29 años	45	54,2%
	30 a 59 años	30	36,1%
	60 a más años	8	9,6%
Sexo	Femenino	48	57,8%
	Masculino	35	42,2%
Grado de instrucción	Sin instrucción	0	0,0%
	Primaria	0	0,0%
	Secundaria	64	77,1%
	Superior o técnico	19	22,9%
Consumo de tabaco	Si	42	50,6%
	No	41	49,4%
Consumo de alcohol	Si	31	37,3%
	No	52	62,7%
Tiempo de enfermedad	Menor a 1 año	41	49,4%
	1 a 2 años	26	31,3%
	Mas de 2 años	16	19,3%
Trato del personal de salud	Bueno	33	39,8%
	Regular	38	45,8%
	Malo	12	14,5%
El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos necesarios	Si	46	55,4%
	No	37	44,6%
Horario de atención del establecimiento	Accesible	42	50,6%
	No accesible	41	49,4%

En la tabla 1, se aprecia que la edad frecuente entre los participantes fue de 18 a 29 años con un 54,2%, según el sexo predominó el femenino con un 57,8%, según el grado de instrucción predominó el nivel secundaria con un 77,1%, el 50,6% señaló q consume tabaco y el 62,7% señaló no consumir alcohol, según el tiempo de enfermedad el 49,4% señalo tener menos de 1 año, en cuanto al trato del personal el 45,8% señaló un nivel regular, asimismo, en cuanto a tener accesibilidad a los medicamentos el 55,4% señaló que sí, y según el horario de atención el 50,6% señaló que es accesible.

Tabla 2. Autocuidado y sus dimensiones en pacientes con diabetes mellitus tipo II

		Frecuencia	%
Autocuidado	Inadecuado	19	22,9%
	Adecuado	64	77,1%
Control medico	Inadecuado	38	45,8%
	Adecuado	45	54,2%
Dieta	Inadecuado	21	25,3%
	Adecuado	62	74,7%
Ejercicios	Inadecuado	17	20,5%
	Adecuado	66	79,5%
Descanso y sueño	Inadecuado	34	41,0%
	Adecuado	49	59,0%
Hábitos nocivos	Inadecuado	36	43,4%
	Adecuado	47	56,6%
Cuidados de los pies	Inadecuado	40	48,2%
	Adecuado	43	51,8%
Cuidados de la vista	Inadecuado	24	28,9%
	Adecuado	59	71,1%

En la tabla 2, según el autocuidado prevaleció el nivel adecuado con un 77,1%, seguido de sus dimensiones también se pudo observar mayor prevalencia en el nivel adecuado. En cuanto al control médico, el 54,2% fue adecuado. En cuanto a la dieta, el 74,7% fue adecuado, en ejercicios; el 79,5% fue adecuado. En descanso y sueño, el 59% fue adecuado, en hábitos nocivos, el 56,6% fue adecuado, en cuidado de los pies, el 51,8% fue adecuado y cuidados de la vista el 71,1% fue adecuado.

3.2 ANÁLISIS CORRELACIONAL

Hipótesis específica 1

H1 Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado.

Tabla 3. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado

		Autocuidado			
		Inadecuado	Adecuado	Total	
Edad rango	18 a 29 años	Frecuencia	3	42	45
		%	6,7%	93,3%	100,0%
	30 a 59 años	Frecuencia	9	21	30
		%	30,0%	70,0%	100,0%
	60 a más años	Frecuencia	7	1	8
		%	87,5%	12,5%	100,0%
Total		Frecuencia	19	64	83
		%	22,9%	77,1%	100,0%

En la tabla 3, se observa que, del total de pacientes con edades de 18 a 29 años, el 93,3% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes con edades de 30 a 59 años, el 70% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes con edades de 60 años a más, el 87,5% tuvieron autocuidado inadecuado.

Tabla 4. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,489 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	24,578	2	,000
Asociación lineal por lineal	23,841	1	,000
N de casos válidos	83		

En la tabla 5, el Chi cuadrado fue 26,489 y el valor de $p=0,000$, por lo tanto, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 : Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión edad y el autocuidado; por ende, la edad es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 2

H1 Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión sexo y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión sexo y el autocuidado.

Tabla 5. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión sexo y autocuidado

		Autocuidado			
		Inadecuado	Adecuado	Total	
Sexo	Femenino	Frecuencia	4	44	48
		%	8,3%	91,7%	100,0%
	Masculino	Frecuencia	15	20	35
		%	42,9%	57,1%	100,0%
Total		Frecuencia	19	64	83
		%	22,9%	77,1%	100,0%

En la tabla 5, se observa que, del total de pacientes del sexo femenino, el 91,7% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes del sexo masculino, el 57,1% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 6. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión sexo y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,668 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	11,782	1	,001		
Razón de verosimilitud	13,962	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,503	1	,000		
N de casos válidos	83				

En la tabla 6, el Chi cuadrado fue 13,668 y el valor $p=0,000$, por lo tanto, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 : Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión sexo y el autocuidado; por ende, el sexo es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 3

H1 Existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y el autocuidado.

Tabla 7. Tabla cruzada entre factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y autocuidado

		Autocuidado		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Grado de instrucción	Secundaria	Frecuencia 13 20,3%	51 79,7%	64 100,0%
	Superior o técnico	Frecuencia 6 31,6%	13 68,4%	19 100,0%
Total		Frecuencia 19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 7, se observa que, del total de pacientes con grado de instrucción secundaria, el 79,7% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes con grado superior o técnico, el 68,4% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 8. Asociación entre factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,054 ^a	1	,305		
Corrección de continuidad ^b	,512	1	,474		
Razón de verosimilitud	1,001	1	,317		
Prueba exacta de Fisher				,355	,233
Asociación lineal por lineal	1,041	1	,308		
N de casos válidos	83				

En la tabla 7, el valor de Chi cuadrado fue 1,054 y el valor de $p=0,305$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existe asociación significativa entre el factor sociodemográfico en su dimensión grado de instrucción y el autocuidado; por ende, el grado de instrucción no es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 4

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de tabaco y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de tabaco y el autocuidado.

Tabla 9. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y autocuidado

		Autocuidado		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Consumo de tabaco	Si	Frecuencia 11 26,2%	31 73,8%	42 100,0%
	No	Frecuencia 8 19,5%	33 80,5%	41 100,0%
Total		Frecuencia 19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 9, se observa que, del total de pacientes que consumen tabaco, el 73,8% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes que no consumen tabaco, el 80,5% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 10. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de tabaco y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,524 ^a	1	,469		
Corrección de continuidad ^b	,214	1	,644		
Razón de verosimilitud	,526	1	,468		
Prueba exacta de Fisher				,603	,322
Asociación lineal por lineal	,518	1	,472		
N de casos válidos	83				

En la tabla 8, el valor de Chi cuadrado fue 0,524 y el valor $p=0,469$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de tabaco y el autocuidado; por ello, el consumo de tabaco no es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 5

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de alcohol y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de alcohol y el autocuidado.

Tabla 11. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y autocuidado

		Autocuidado		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Consumo de alcohol	Si	Frecuencia 10 32,3%	21 67,7%	31 100,0%
	No	Frecuencia 9 17,3%	43 82,7%	52 100,0%
Total		Frecuencia 19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 11, se observa que, del total de paciente que consumen alcohol, el 67.7% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes que no consumen alcohol, el 82,7% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 12. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión consumo de alcohol y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,459 ^a	1	,117		
Corrección de continuidad ^b	1,685	1	,194		
Razón de verosimilitud	2,400	1	,121		
Prueba exacta de Fisher				,176	,098
Asociación lineal por lineal	2,430	1	,119		
N de casos válidos	83				

En la tabla 9, el valor de chi cuadrado fue 2,459 y el valor $p=0,117$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión consumo de alcohol y el autocuidado; por ello, el consumo de alcohol no es un factor asociado al autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2.

Hipótesis específica 6

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y el autocuidado.

Tabla 13. Tabla cruzada entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y autocuidado

		Autocuidado			
			Inadecuado	Adecuado	Total
Tiempo de enfermedad	Menor a 1 año	Frecuencia %	4 9,8%	37 90,2%	41 100,0%
	1 a 2 años	Frecuencia %	8 30,8%	18 69,2%	26 100,0%
	Más de 2 años	Frecuencia %	7 43,8%	9 56,3%	16 100,0%
Total		Frecuencia %	19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 13, se observa que, del total de pacientes con tiempo de enfermedad menor a 1 año, el 90,2% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes con 1 a 2 años de enfermedad, el 69,2% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 14. Asociación entre factores relacionados al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,866 ^a	2	,012
Razón de verosimilitud	9,061	2	,011
Asociación lineal por lineal	8,609	1	,003
N de casos válidos	83		

En la tabla 10, el valor de Chi cuadrado fue 8,866 y el valor $p=0,012$, por lo tanto, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 : Existe asociación significativa entre el factor relacionado al paciente en su dimensión tiempo de enfermedad y el autocuidado; por ende, el tiempo de enfermedad es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 7

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión trato del personal y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión trato del personal y el autocuidado.

Tabla 15. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y autocuidado

			Autocuidado		
			Inadecuado	Adecuado	Total
Trato del personal de salud	Bueno	Frecuencia %	5 15,2%	28 84,8%	33 100,0%
	Regular	Frecuencia %	8 21,1%	30 78,9%	38 100,0%
	Malo	Frecuencia %	6 50,0%	6 50,0%	12 100,0%
Total		Frecuencia %	19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 15, se observa que, del total de pacientes que percibieron un trato del personal bueno, el 84,2% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes con trato de personal regular, el 78,9% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 16. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión trato del personal y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,189 ^a	2	,045
Razón de verosimilitud	5,481	2	,065
Asociación lineal por lineal	4,756	1	,029
N de casos válidos	83		

En la tabla 11, el Chi cuadrado fue 6,189 y el valor $p=0,045$, por lo tanto, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 : Existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión trato del personal y el autocuidado; por ende, el trato del personal es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

Hipótesis específica 8

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y el autocuidado.

Tabla 17. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y autocuidado

			Autocuidado		
			Inadecuado	Adecuado	Total
El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos necesarios	Si	Frecuencia %	10 21,7%	36 78,3%	46 100,0 %
	No	Frecuencia %	9 24,3%	28 75,7%	37 100,0 %
Total		Frecuencia %	19 22,9%	64 77,1%	83 100,0 %

En la tabla 17, se observa que, del total de pacientes que mencionan que el establecimiento cuenta con los medicamentos necesarios, el 78,3% tuvieron autocuidado adecuado. Aquellos que mencionan que no, el 77,1% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 18. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,078 ^a	1	,781		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	,987		
Razón de verosimilitud	,077	1	,781		
Prueba exacta de Fisher				,799	,492
Asociación lineal por lineal	,077	1	,782		
N de casos válidos	83				

En la tabla 12, el Chi cuadrado fue 0,78 y el valor $p=0,781$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión cuenta con los medicamentos y el autocuidado; por ello, la accesibilidad a medicamentos no es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM 2.

Hipótesis específica 9

H1 Existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión horario de atención y el autocuidado.

H0 No existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión horario de atención y el autocuidado.

Tabla 19. Tabla cruzada entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y autocuidado

		Autocuidado		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Horario de atención del establecimiento	Accesible	Frecuencia 7 16,7%	35 83,3%	42 100,0%
	No accesible	Frecuencia 12 29,3%	29 70,7%	41 100,0%
Total		Frecuencia 19 22,9%	64 77,1%	83 100,0%

En la tabla 19, se observa que, del total de pacientes que mencionan que tienen un horario de atención accesible, el 83,3% tuvieron autocuidado adecuado. Del total de pacientes que expresaron que no es accesible, el 70,7% tuvieron autocuidado adecuado.

Tabla 20. Asociación entre factores relacionados al servicio de salud en su dimensión horario de atención y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,867 ^a	1	,172		
Corrección de continuidad ^b	1,221	1	,269		
Razón de verosimilitud	1,883	1	,170		
Prueba exacta de Fisher				,200	,135
Asociación lineal por lineal	1,844	1	,174		
N de casos válidos	83				

En la tabla 13, el Chi cuadrado fue 1,867 y el valor $p=0,172$, por lo tanto, se acepta la H_0 : No existe asociación significativa entre el factor relacionado al servicio de salud en su dimensión horario de atención y el autocuidado; por ende, el horario de atención no es un factor asociado al autocuidado en pacientes con DM2.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

El autocuidado en pacientes con DM2 reviste una importancia crítica ya que esta enfermedad crónica requiere una gestión constante y efectiva para prevenir complicaciones graves. El autocuidado involucra el monitoreo regular de los niveles de glicemia, el seguimiento de una dieta saludable, la administración de insulina, el control del peso y la incorporación de ejercicios físicos en la rutina del día a día. La adherencia a estas prácticas de autocuidado puede marcar la diferencia entre un buen control de la DM2 y el riesgo de complicaciones debilitantes como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía y problemas en la vista. Además, los factores determinantes del autocuidado, como la educación del paciente, el acceso a la atención médica, el apoyo social y el estado de salud mental, juegan un papel importante en la efectividad del tratamiento de la diabetes. Por lo tanto, comprender y abordar estos factores es esencial para garantizar que los pacientes con DM2 puedan llevar una vida saludable y productiva a pesar de su condición.

En cuanto al nivel de autocuidado, la mayor parte de los pacientes tuvieron un nivel adecuado. Sin embargo, hallazgos discordantes fueron hallados por Chipana et al. (12) cuyos resultados mostraron que el 88% tuvo autocuidado inadecuado y el 100% fue inadecuado en el análisis de glucosa. Además, Brevidelli et al. (15), en sus resultados mostraron que más del 50% de pacientes tuvieron un autocuidado moderado. Se concluyó que factores como ser mujer, estar casado/en unión libre estable, ser jubilado, tener más tiempo de diagnóstico y mostrar una actitud más positiva frente a la diabetes explicaron el 93% de la varianza en el autocuidado global, por lo tanto, tienen relación significativa en el autocuidado ($p < 0,05$).

El buen nivel de autocuidado en pacientes con DM2 puede estar relacionado con una combinación de factores. En primer lugar, la educación adecuada sobre la enfermedad y las prácticas de autocuidado es esencial, ya que proporciona a los diabéticos los conocimientos y las habilidades necesarios para gestionar su condición de manera efectiva. El apoyo continuo de médicos y enfermeros

desempeña un papel crucial al proporcionar orientación, monitoreo y ajustes en el tratamiento. La conciencia de los riesgos asociados con la diabetes y la motivación personal para llevar un estilo de vida saludable también son factores importantes. En conjunto, estos elementos pueden contribuir a explicar como un buen nivel de autocuidado fue hallado en este grupo de pacientes, lo que a su vez promueve un mejor control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

En cuanto a los objetivos específicos referidos a los factores sociodemográficos asociados al autocuidado, fueron la edad y el sexo los únicos que se asociaron. Al respecto, resultados similares fueron hallados por Vargas et al. (11) cuyos hallazgos fueron que el 27% tuvo de 51 a 60 años, el 74% fue del sexo femenino, el 34% fueron convivientes, 49% tuvieron instrucción primaria y el 75% tuvo ingresos familiares menores a 500 soles. Además, el 83% tuvo un autocuidado bueno. Se concluyó que los factores sociodemográficos asociados significativamente fueron edad y sexo ($p < 0,05$).

Asimismo, Nejat et al. (14), hallaron que el puntaje promedio de autocuidado de los pacientes fue de $84,41 \pm 11,75$ y en el nivel intermedio. Los resultados del coeficiente de correlación de Spearman mostraron una relación significativa entre el comportamiento de autocuidado y el género ($p = 0,001$) y el tipo de seguro ($p = 0,035$). Sumado a ello, tenemos lo hallado por Brevidelli et al. (15), quienes concluyeron que factores como ser mujer, estar casado/en unión libre estable, ser jubilado, tener más tiempo de diagnóstico y mostrar una actitud más positiva frente a la diabetes explicaron el 93% de la varianza en el autocuidado global, por lo tanto, tienen relación significativa en el autocuidado ($p < 0,05$).

Sin embargo, Veritd (13) halló que la mayoría de los pacientes cuidan adecuadamente de sus patologías (61%). Entre los factores socioculturales, los varones son quienes más asisten (39%), la edad predominante fue entre 40 y 49 (23%), el nivel educativo más común es secundaria (28%), el estado civil predominante es conviviente (28%), el tratamiento principal consiste en pastillas e insulina (24%), finalmente, la mayoría de los pacientes tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus (43%). Concluyen que no hay una relación significativa entre las variables ($p > 0,05$).

La influencia de factores como la edad y el sexo en el autocuidado de pacientes con diabetes es significativa. La edad puede desempeñar un papel importante, ya que los pacientes mayores pueden enfrentar desafíos relacionados con la movilidad y la memoria, lo que a veces dificulta la adherencia a las prácticas de autocuidado. Por otro lado, los pacientes más jóvenes pueden estar más enfocados en su salud y estar dispuestos a adoptar cambios en el estilo de vida.

El sexo también puede influir, ya que las diferencias de género en la percepción de la salud, la disposición a buscar atención médica y las prioridades en el autocuidado pueden ser relevantes. Por ejemplo, las mujeres tienden a estar más dispuestas a buscar atención médica regular y pueden ser más conscientes de las prácticas de autocuidado. Sin embargo, estas generalizaciones son variables y no aplican a todos los pacientes por igual.

En cuanto a los objetivos específicos referidos a los factores relacionados al paciente asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, se determinó que fue el tiempo de enfermedad el único que se asoció. Resultados similares fueron hallados por Brevidelli et al. (15), quienes concluyeron que el 93% de la variabilidad en el autocuidado global puede explicarse por factores como el género femenino, el estado civil de casado o en unión libre estable, la condición de jubilado, el mayor tiempo desde el diagnóstico y una actitud más positiva hacia la diabetes. Estos elementos emergen como explicativos significativos de las variaciones en las prácticas de autocuidado en este contexto específico; por lo tanto, tienen relación significativa en el autocuidado ($p < 0,05$).

El tiempo de enfermedad puede tener una influencia significativa en el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes. En las etapas iniciales de la enfermedad los pacientes pueden estar más motivados y enfocados en el autocuidado debido a la novedad de la diagnosis y la preocupación por controlar la enfermedad. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, algunos pacientes pueden experimentar fatiga, desgaste emocional o una sensación de "quemarse" con la gestión constante de la diabetes. Esto puede llevar a la complacencia en el autocuidado o la adopción de malos hábitos. Por lo tanto, es esencial brindar apoyo y educación continuos a lo largo del curso de la enfermedad para mantener y

mejorar el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes, independientemente de cuánto tiempo hayan vivido con la enfermedad.

En cuanto a los objetivos específicos referidos a los factores relacionados al servicio de salud asociados al autocuidado, se determinó que fue el trato del personal el único factor que se asoció. El buen trato y la relación empática del personal de salud con los pacientes que tienen diabetes pueden tener un impacto profundamente positivo en su nivel de autocuidado. Cuando los pacientes se sienten escuchados, respetados y apoyados por su equipo de atención médica es más probable que se comprometan activamente en las prácticas de autocuidado. Además, un enfoque centrado en el paciente que involucra a los pacientes en la toma de decisiones y considera sus preferencias y necesidades individuales puede aumentar la adherencia a las recomendaciones de autocuidado (41).

Las limitaciones del estudio incluyeron el tamaño relativamente pequeño de la muestra, que podría limitar la generalización de los resultados a una población más amplia. Además, la recopilación de datos se basó en el auto reporte de los participantes, lo que podría haber introducido sesgos de memoria o deseabilidad social. Estas limitaciones, aunque reconocidas, sugieren la necesidad de futuras investigaciones con un enfoque más amplio y un diseño metodológico más robusto.

4.2 CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II fueron edad y sexo.

El factor relacionado al paciente asociado al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II fue el tiempo de enfermedad.

El factor relacionado al servicio de salud asociado al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II fue trato del personal.

4.3 RECOMENDACIONES

El centro de salud debe implementar una serie de estrategias efectivas, estas incluyen la creación de programas de educación para pacientes sobre la gestión de la diabetes, que aborden aspectos como la alimentación saludable, el control de glucosa, la administración de insulina y el ejercicio. Además, el centro de salud debe establecer un sistema de seguimiento y monitoreo continuo de los pacientes diabéticos, fomentando la comunicación regular con enfermeros y médicos. En general, una gestión efectiva del autocuidado en pacientes con diabetes implica un enfoque multidisciplinario, educación continua y un sistema de apoyo sólido dentro del centro de salud.

Los enfermeros deben brindar educación integral sobre la DM 2, incluyendo la importancia del control de la glucosa, la alimentación saludable y el ejercicio regular. Además, los enfermeros pueden trabajar con los pacientes para establecer metas alcanzables y brindar apoyo emocional, ayudando a los pacientes a afrontar los desafíos emocionales y psicológicos que a menudo acompañan a la diabetes. La capacitación en la administración de insulina y la monitorización de la glucosa también son áreas claves en las que los enfermeros pueden desempeñar un papel crucial. Al empoderar a los pacientes con conocimientos y habilidades, los enfermeros pueden mejorar significativamente el autocuidado de las personas con diabetes y ayudarles a llevar una vida más saludable y controlar su afección de manera efectiva.

En futuras investigaciones sobre el autocuidado en la diabetes, se recomienda centrarse en la evaluación de estrategias de intervención innovadoras y personalizadas que puedan mejorar la adherencia a las prácticas de autocuidado. Esto podría incluir el desarrollo y evaluación de aplicaciones móviles de salud, la telemedicina, o enfoques de atención centrada en el paciente que tengan en cuenta factores culturales y socioeconómicos. Además, se debe prestar atención a la identificación de barreras específicas que los pacientes enfrentan en su búsqueda de un mejor autocuidado, y cómo abordar estas barreras de manera efectiva. En última instancia, las investigaciones futuras deberían buscar estrategias prácticas y sostenibles para empoderar a los pacientes con diabetes y mejorar su calidad de vida a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. 2016 [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?sequence=1
2. Sahile LZ, Shifraew MB, Sahile MZ. Diabetic self-care knowledge and associated factors among adult diabetes mellitus patients on follow-up care at north shewa zone government hospitals, oromia region, ethiopia, 2020. Diabetes, Metab Syndr Obes [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2022];14:2111-9. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=69347>
3. OPS O, Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. 27 de abril 2021. 2021 [citado 3 de abril de 2022]. p. 1. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
4. Mendoza M, Salas A, Cossío P, Soria M. Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el índice de desarrollo humano. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 3 de abril de 2022];41(2):1-6. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34431>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuestas y Registros [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2022]. p. 1. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
6. Ministerio de Salud. “ Rikuyki ”: la estrategia del Minsa que humaniza la tecnología para brindar salud a través de la Telemedicina. [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2022]. p. 1. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-95/nota4/index.html>
7. Abdul M, Khan B, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, et al. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. J Epidemiol Glob Health [Internet]. 2020 [citado 20 de

- junio de 2023];10(2):107-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310804/pdf/JEGH-10-1-107.pdf>
8. Gómez-López J, Campero-Vázquez AJ, Rivas-Robles E, Flores-Rizo G. Impact of Self-Care in Patients With Diabetes Mellitus Type 2. *Hig y Sanid Ambient* [Internet]. 2018 [citado 20 de junio de 2023];18(4):1687-91. Disponible en: [https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c02c00c789a1_Hig.Sanid_.Ambient.18.\(4\).1687-1691.\(2018\).pdf](https://saludpublica.ugr.es/sites/dpto/spublica/public/inline-files/bc5c02c00c789a1_Hig.Sanid_.Ambient.18.(4).1687-1691.(2018).pdf)
 9. Vilchez J, Romani L, Reategui S, Gomez E, Silva C. Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2023];20(2):254-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2902> %0A
 10. Ayma C. Autocuidado de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, que acuden al Centro de Salud El Agustino, 2018 [Internet]. *UIGV*; 2019 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3974/TESIS_CONCEPCION_AYMA_QUIspe.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 11. Vasrgas R, Davila R. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado de pacientes con diabetes Tipo 2, atendidos en dos centros de salud, Belén 2022 [Internet]. Universidad Científica del Perú; 2023 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/2364> %0A http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/UCP/2364/1/ROCIO_DEL_PILAR_VARGAS_BOCANEGRA_Y_RUTH_KAREN_DAVILA_SANDOVAL_-_TESIS.pdf
 12. Chipana L, Condezo D. relacion entre conocimiento y autocuidado en los pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2 en el hospital A. Loayza [Internet]. Universidad Cayetano Heredia; 2021 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10178/Relacion_ChipanaCasio_Lidia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Veritd J. Autocuidado y factores socioculturales en personas con diabetes mellitus tipo II, Puesto de Salud Florida, Chimbote 2021 [Internet]. USP; 2022 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/20779>
14. Nejat N, Mohamadi A, Mohammad S. Autocuidado y factores relacionados en pacientes con diabetes tipo II en Irán. *J Diabetes Metab Trastor* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];20(1):635–639. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8212204/>
15. Brevidelli MM, De Oliveira AB, Rodrigues GVG, Gamba MA, De Domenico EBL. Sociodemographic, clinical and psychosocial factors related to diabetes self-care. *Rev Cuid* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];12(2):1-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v12n2/2346-3414-cuid-12-2-e2057.pdf>
16. Molalign G, Abdulkadir M, Gebrekirstos K. Práctica de autocuidado de la diabetes y factores asociados entre pacientes diabéticos tipo 2 en hospitales públicos del estado regional de Tigray, Etiopía: un estudio multicéntrico. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];16(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8059799/>
17. Zewdie S, Moges G, Andargie A, Habte B. Práctica de autocuidado y factores asociados entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de referencia en el norte de Etiopía: un estudio de métodos mixtos. *Dove Med Press Ltd* [Internet]. 2022 [citado 20 de junio de 2023];15(22):3081—3091. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S373449>
18. Gurm Y, Gela D, Aga F. Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [citado 20 de junio de 2023];18(1):4-11. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3448-4>

19. Reyes, F.;Pérez, M.;Figueredo, A.;Estupiñan, M.;Jimenez J. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo II. Correo científico médico de Holguín [Internet]. 2016 [citado 20 de junio de 2023];20:99-102. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
20. Barquilla A. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. Rev Española Sanid Penit [Internet]. 2017 [citado 20 de junio de 2023];17(1):57-65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v19n2/es_04_revision.pdf
21. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2016 [citado 20 de junio de 2023]. 1-66 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
22. Rocca Nación J, Sanchez C, Bardales D, González Alfaro J, Torres Samamé L, Burga JL, et al. Logro de control metabólico temprano en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en Perú. Acta Medica Peru [Internet]. 2023 [citado 20 de junio de 2023];40(1):31-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v40n1/1728-5917-amp-40-01-31.pdf>
23. Delgado JAS, Lara NES. Type 2 Diabetes Mellitus Epidemiology of and its Complications. Rev Finlay [Internet]. 2022 [citado 10 de septiembre de 2023];12(2):6-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n2/2221-2434-rf-12-02-168.pdf>
24. Fonseca V, Nevado N. El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros. Umbral Científico [Internet]. 2005 [citado 20 de junio de 2023];7(1):43-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30400706.pdf>
25. Sillas Gonzalez DE, Jordán Jinez ML. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarro Cient Enferm [Internet]. 2011 [citado 20 de junio de 2023];19(2):67-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

26. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gaceta Médica Espirituana [Internet] 2017 [citado 8 de febrero de mayo 2022];19(3):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf
27. Vega O, Gonzáles D. Teoría del déficit de autocuidado. Cienc y Cuid [Internet]. 2006 [citado 20 de junio de 2023];4(4):28-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
28. Gomes MB, Muniz LH, Melo LGN, Pizarro MH, Barros BSV, Santos DC, et al. Health literacy and glycemic control in patients with diabetes: A tertiary care center study in Brazil. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2023];12(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13098-020-0519-6>
29. Khazrai YM, Defeudis G, Pozzilli P. Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 2014 [citado 20 de junio de 2023];30(S1):24-33. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/159194456.pdf>
30. Paternina-de la Osa A, Villaquirán-Hurtado A, Jácome-Velasco S, Galvis-Fernández B, Granados-Vidal YA. Actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y relación con características sociodemográficas, clínicas y antropométricas. Univ y Salud. 2017 [citado 20 de junio de 2023];20(1):72.
31. Cunha MCB da, Zanetti ML, Hass VJ. Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2008 [citado 20 de junio de 2023];16(5):850-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/CJJ4vq5cq7XNBWXGwcJqpFP/?lang=es>
32. Yang Y, Peng N, Chen G, Wan Q, Yan L, Wang G, et al. Interaction between smoking and diabetes in relation to subsequent risk of cardiovascular events. Cardiovasc Diabetol [Internet]. 2022; [citado 20 de

- junio de 2023]21(1):1-12. Disponible en: <https://cardiab.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12933-022-01447-2.pdf>
33. Martin EJ, Smith JE. Diabetic foot care: knowledge and practice. ANA Clin Conf [Internet]. 1969 [citado 20 de junio de 2023]:143-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312033899_Diabetic_Foot_Care_Knowledge_and_Practice/link/5873dbfd08ae8fce4924cd0d/download
 34. Beatriz D, Rodríguez R. Prevención de ceguera por retinopatía diabética: ¿dónde estamos? Prevention of blindness caused by diabetic retinopathy in Cuba, how far have we gone? Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2015 [citado 20 de junio de 2023];28(1):119-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000100013&lng=es.
 35. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The basics of bioethics. 4ª ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
 36. Felix A, Agudo Y, Manas B, Arribas J, Camamero L, Orti M. Investigación Social Mediante Encuestas. España-Madrid: Ramon Areces; 2011.
 37. Pezo J. Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes. Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2017 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2017 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/9919/Pezo_GJL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 38. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2022];20(59):1-15.
 39. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Estados Unidos; 1979 [citado 30 de agosto de 2022]. p. 1-10.

40. Castilla A. Bioética En Ciencias De La Salud. 2 ° ed. España-Madrid: Formacion Alcala SI; 2021.
41. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: Un estudio cualitativo. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado 30 de agosto de 2022];32(4):195-201. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13051022>
42. Dovjak M, Kukec A. Creating Healthy and Sustainable Buildings - An Assessment of Health Risk Factors [Internet]. NIS of Public Health. 2019. [citado 30 de agosto de 2022]. 85 p.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

Variable	Clasificación de acuerdo con su naturaleza y en función a su escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Factores asociados	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Un factor de riesgo para la salud es la posibilidad o probabilidad de que algo dañe o afecte su salud (42).	Un factor de riesgo para la salud es la posibilidad o probabilidad de que algo dañe o afecte su salud	Factores sociodemográficos	Edad	Menor a 18 años 18 a 29 años 30 a 59 años 60 a más años	Ordinal
					Sexo	Masculino Femenino	Nominal
					Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior o técnico	Ordinal
				Factores relacionados al paciente	Consumo de tabaco	Si No	Nominal
					Consumo de alcohol	Si No	Nominal
					Tiempo de enfermedad	Menor a 1 año 1 a 2 años Más de años	Ordinal
				Factores relacionados al servicio de salud	Trato del personal de salud	Bueno Regular Malo	Ordinal
					El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos necesarios	Si No	Nominal
					Horario de atención del establecimiento	Accesible No accesible	Nominal

Variable	Clasificación de acuerdo con su naturaleza y en función a su escala de medición	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Escala de medición
Autocuidado	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Nominal	Responsabilidad que tiene los pacientes para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, el cual será evaluado mediante la escala de agencia de autocuidado.	Responsabilidad que tiene los pacientes con DM 2 atendidos en el CS Gustavo Lanatta, para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, el cual será evaluado mediante la escala de agencia de autocuidado.	Control Médico	Control anual Indicaciones médicas Controles glicémicos Fármacos Continuidad Controles de peso	1,2,3,4,5,6	Ordinal	Adecuado64-125 Inadecuado25-63
				Dieta	Cumplimiento Frutos y vegetales Hidratación Puntualidad Carbohidratos Dulces	7,8,9,10,11,12		
				Ejercicios	Rutina de ejercicios Horario Cumplimiento	13,14,15		
				Descanso y sueño	Sueño Descanso	16,17		
				Hábitos nocivos	Fumar Alcohol	18,19		
				Cuidados de los pies	Calzado Pies Descalzo Sequedad	20,21,22,23		
				Cuidados de la vista	Controles ojos Ver TV	24,25		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

I.- PRESENTACIÓN

Buenos días, ante todo, reciba un saludo cordial, somos estudiantes de enfermería de la Universidad Ciencias y Humanidades, le solicitamos su colaboración con un tipo de información muy particular la cual nos ayudara a comprender y entender de una mejor manera los factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Le solicitamos que complete los datos con total honestidad y veracidad. Además, se le hace de conocimiento que la información proporcionada por Ud. en el presente instrumento será manejada con absoluta confidencialidad y de manera anónima. Si Ud. requiere absolver alguna inquietud, no dude en hacernos llegar su pregunta y será absuelta de manera inmediata por nuestros colaboradores.

II. DATOS GENERALES

Factores sociodemográficos

a) edad

menor a 18 años

18 a 29 años

30 a 59 años

Más de 60 años

b) sexo

masculino

femenino

c) grado de instrucción

sin instrucción

primaria

secundaria

técnico o superior

Factores relacionados al paciente

d) consumo de tabaco

Si

No

e) Consumo de alcohol

Si

No

f) tiempo de enfermedad

Menor a 1 año

1 a 2 años

Más de 2 años

Factores relacionados al servicio de salud

g) trato del personal

bueno

regular

malo

h) El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos necesarios
 Si
 No

i) Horario de atención
 accesible
 no accesible

III. INSTRUCCIONES:

Cuestionario de autocuidado

Nunca (N) casi nunca (CN) algunas veces (AV) casi siempre (CS) siempre (S)

	Control médico	N	CN	AV	CS	S
1	Acude al menos 2 veces en el año a su control					
2	Cumple con las indicaciones médicas					
3	Lleva control diario de su glucosa en sangre					
4	Consume medicamentos con receta médica					
5	Recorre al médico por alguna modificación en la enfermedad					
6	Conserva su peso según indicación médica					
	Dieta					
7	Cumple la dieta prescrita					
8	Ingiere frecuentemente frutas y verduras					
9	Consume agua 6 a 8 vasos diarios					
10	Tiene hora fija para alimentarse					
11	Consume poca azúcar					
12	Consume dulces					
	Ejercicios					
13	Hace ejercicio programado					
14	Realiza ejercicio					
15	No hace ejercicios intensos					
	Descanso y sueño					
16	Descansa 6 a 8 horas diariamente					
17	Toma siesta luego de almorzar					
	Hábitos nocivos					
18	Tiene el hábito de fumar					
19	Tiene el hábito de tomar bebidas alcohólicas					
	Cuidado de pie					
20	Usa zapatos que protegen la piel					
21	Revisa sus pies diariamente					
22	Evita andar descalzo					
23	Hidrata sus pies					
	Cuidado de la vista					
24	Se hace revisar por el especialista en ojos una vez al año					

25	Ve televisión a una distancia no menor de 2 metros					
----	--	--	--	--	--	--

Anexo C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Estimado se le hace extensiva la invitación a ser partícipe de nuestra investigación en salud. Ud. tiene la libre disposición de decidir su participación en nuestro estudio, si Ud. opta por ello deberá de estar al tanto y comprender los ítems presentados a continuación.

Título del proyecto: Factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, Comas 2023

Nombres y apellidos del investigador principal:

Propósito del estudio: Identificar factores asociados al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud Gustavo Lanatta, Comas 2023.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no realizará gasto alguno a lo largo del estudio. Como colaborador nuestro, no incurrirá en gasto alguno durante el desarrollo de nuestro estudio

Confidencialidad: Para nosotros es fundamental la confidencialidad por ello los datos proporcionados a los investigadores solo serán manejados por ellos. Su información personal no será mostrada cuando sean publicados los resultados propios de nuestra investigación.

Renuncia: Se le hace informa que usted tiene la libre disposición de retirarse del estudio en el momento que le sea oportuno, y con ello no será motivo de sanción de cualquier tipo hacia Ud., además no perderá de los beneficios propios del estudio.

Consultas posteriores: Si usted presentara preguntas adicionales a lo largo del desarrollo de nuestro estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Sairitupac Capac Liz, coordinador de equipo, cuyo teléfono es 921397954.

Participación voluntaria:

Su participación en nuestra investigación es completamente voluntaria y Ud. tiene la libre disposición de retirarse en el momento que lo crea oportuno.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Expreso que leí detenidamente, entendí y comprendí, también he realizado oportunamente preguntas, las cuales fueron absueltas de manera correcta por los colaboradores de la investigación, además no he sido coaccionado e influenciado indebidamente para ser partícipe, finalmente he decidido participar libre y de manera voluntaria en el presente estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N.º de DNI	
N.º teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
N.º de DNI	
N.º teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

Firma del participante

Anexo D. Validación de juicio de expertos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. HINOSTROZA ATAHUALPA, ALEJANDRO ARTURO
1.2 Cargo e institución donde labora: DIRECTOR ADJUNTO I DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES Y DEFENSA NACIONAL EN SALUD – MINSA
1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
1.4 Nombre del instrumento: Factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2
1.5 Autor (a) del instrumento: Elaboración propia

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 –60%	Muy Buena 61 –80%	Excelente 81 –100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				X	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				X	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre autocuidado y calidad de vida.				X	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				X	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre autocuidado y calidad de vida.				X	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				X	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				X	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo-correlacional.				X	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

MUY BUENA 80%

Lugar y Fecha: Julio de 2023

Firma del Experto
D.N.I Nº10260238
Teléfono: 966955208

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY DNI: 42248126
- 1.2 Cargo e institución donde labora: MEDICO CIRUJANO EN MINISTERIO DE SALUD
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Elaboración propia

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				X	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				X	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre autocuidado y calidad de vida.				X	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				X	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre autocuidado y calidad de vida.				X	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				X	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				X	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo-correlacional.				X	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, Julio de 2023

MUY BUENO 80%

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO
 1.2 Cargo e institución donde labora: Director investigación Universidad Alas Peruanas
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista
 1.4 Nombre del instrumento: Factores asociados al autocuidado en pacientes con DM 2
 1.5 Autor (a) del instrumento: Elaboración propia

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				X	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				X	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre autocuidado y calidad de vida.				X	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				X	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación entre autocuidado y calidad de vida.				X	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				X	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				X	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo-correlacional.				X	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

MUY BUENA 80%

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, Julio de 2023

Firma del Experto
 D.N.I N°10689893
 Teléfono: 999751065

Anexo E. Prueba de confiabilidad.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,727	9

ANEXO E. PRUEBA DE NORMALIDAD

Tabla 12. Prueba de Kolmogorov – Smirnov variable autocuidado

		Autocuidado
N		83
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,77
	Desv. Desviación	,423
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,477
	Positivo	,294
	Negativo	-,477
Estadístico de prueba		,477
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Hipótesis nula (H0): la distribución es normal.

Hipótesis alterna (H1): la distribución es no normal.

Nivel de significancia: 0,05.

Se obtuvo un nivel de significancia 0,000, por ende, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, siendo la distribución no normal.

Tabla 13. Prueba de Kolmogorov – Smirnov variable factores asociados

	Sexo	Grado de instrucción	Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	Tiempo de enfermedad	Trato del personal de salud	El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos necesarios	Horario de atención del establecimiento	
N	83	83	83	83	83	83	83	83	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,42	3,23	1,4940	1,6265	1,6988	1,75	1,4458	1,4940
	Desv. Desviación	,497	,423	,50300	,48667	,77672	,696	,50007	,50300
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,380	,477	,343	,405	,310	,256	,368	,343
	Positivo	,380	,477	,343	,275	,310	,256	,368	,343
	Negativo	-,299	-,294	-,337	-,405	-,184	-,244	-,312	-,337
Estadístico de prueba	,380	,477	,343	,405	,310	,256	,368	,343	
Sig. asintótica(bilateral)	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Hipótesis nula (H0): la distribución es normal.

Hipótesis alterna (H1): la distribución es no normal.

Nivel de significancia: 0,05. Se obtuvo un nivel de significancia 0,000, por ende, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, siendo la distribución no normal.

