

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Nivel de conocimiento y su relación con el nivel autocuidado en adultos con diabetes mellitus, en un establecimiento de salud, Nuevo Chimbote 2025

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS:

Bach. Enf. Pinedo Cruzado, Nelsy Cinthia

Código Orcid: 0009-0002-93018471

Bach. Enf. Silva Quiroz, Carolina Lilibeth

Código Orcid: 0009-0002-9571-7762

ASESORA:

Dra. Rosas Guzmán, Inés Concepción

DNI: 17867221

Código Orcid: 0000-0002-3543-1279

NUEVO CHIMBOTE - PERU

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Dra. Rosas Guzmán, Inés, Concepción

DNI:17867221

Código Orcid: 0000-0002-3543-1279

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda Micaela

DNI: 17819491

Código Orcid: 0000-0001-5913-1003

PRESIDENTA

Esp. Rojas Gamboa, Justina Angelita

DNI: 32769382

Código Orcid: 0000-0003-4911-5645

SECRETARIA

Dra. Rosas Guzmán, Inés Concepción

DNI: 17867221

Código Orcid: 0000-0002-3543-1279

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula Nutrición - EP. Enfermería, siendo las 12:00 horas del día 29-05-2026, dando cumplimiento a la Resolución N° 127-2026-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Ms. Yolanda Rodríguez Basco, teniendo como miembros a Ms. Justina Augusta Rojas Gamboa (secretario) (a), y Dr. Inocencio Rosas Guzmán (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Lic. en Enfermería realizado por el, (la), (los) tesista (as) Nilsy Córdova Pinedo Cruzado (cod. 02016 21012) y Carolina Elizabeth Silva Quiroz (cod. 02013 21029), quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: "Nivel de conocimiento y su relación con el Nivel de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus, en un establecimiento de Salud, Nuevo Chimbote 2025".

Terminada la sustentación, el, (la), (los) tesista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Excelente asignándole un calificativo de 100% puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 13:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: Yolanda Rodríguez Basco
Presidente


Nombre: Justina Augusta Rojas Gamboa
Secretario


Nombre: Inocencio Rosas Guzmán
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



Informe post sustentacion turniting

INFORME DE ORIGINALIDAD

22% INDICE DE SIMILITUD	22% FUENTES DE INTERNET	8% PUBLICACIONES	12% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ups.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unj.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
9	repositorio.uss.edu.pe	

DEDICATORIA

A mi mamá Hilda, gracias infinitas porque siempre creíste en mí y me alentaste a ser mejor cada día; y a mi papá Michel, porque con su ejemplo de esfuerzo y humildad me enseñaste a valorar cada sacrificio y nunca rendirme.

A mi hermana Diana, por brindarme apoyo emocional para seguir adelante cuando sentía que no podía; y a mi hermano Michel Jr., porque gracias a su ayuda pude continuar y no rendirme en el camino.

A mi pareja, por celebrar cada logro a mi lado y acompañarme en cada paso de este camino; y a mi hija, por ser mi motivo para seguir adelante y la inspiración más pura. Aytanita, todo esto es por ti y para ti.

Pinedo Cruzado, Nelsy Cinthia

DEDICATORIA

A Dios por brindarme vida y salud, una vida llena de sabiduría y paciencia. Él es mi guía para poder seguir mis metas y mis objetivos, el de tener la sabiduría de poder culminar esta investigación.

A mi madre Niki por su apoyo incondicional a pesar de las adversidades, a mi Hermana Vivian por sus consejos y su apoyo, a mi Abuelita por su sabiduría y amor, a mi Hija Sophia que es mi fortaleza de seguir siempre adelante.

A mi familia por ser su orgullo, porque no solo es mi logro sino de toda la familia que me brindó su apoyo sus consejos en los momentos que necesitaba fuerza para poder seguir adelante y poder culminar esta investigación.

Silva Quiroz, Carolina Lilibeth

AGRADECIMIENTO

Agradecemos, en primer lugar, a Dios, por regalarnos el don de la vida, por protegernos siempre y por concedernos la sabiduría y fortaleza necesarias para alcanzar nuestra meta de convertirnos en profesionales competentes al servicio de la sociedad.

A nuestros padres, por su amor incondicional, por su apoyo constante y por ser nuestro pilar en cada etapa de este camino. Su confianza en nosotras ha sido una fuente invaluable de motivación.

A nuestra estimada asesora, Dra. Inés Concepción Rosas Guzmán, por su valiosa orientación durante el desarrollo de esta investigación y por ser una guía constante desde el inicio de nuestra formación profesional. Su dedicación y compromiso han dejado una huella profunda en nuestra trayectoria académica.

A nuestros docentes que fueron parte de nuestra formación profesional, quienes con entrega y vocación compartieron sus conocimientos, nos instruyeron con firmeza y nos inculcaron la disciplina que hoy nos distingue como profesionales con vocación de servicio y compromiso con el cuidado de calidad.

A nuestra casa de estudio, la Universidad Nacional del Santa, por brindarnos una educación de excelencia, con una plana docente altamente capacitada y oportunidades académicas que han contribuido a nuestro crecimiento personal y profesional.

Con gratitud,

Pinedo Cruzado, Nelsy Cinthia

Silva Quiroz, Carolina Lilibeth

INDICE

DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	xiv
ABSTRACT.....	xv
<u>I.</u> INTRODUCCION	16
<u>II.</u> METODOLOGIA	42
<u>III.</u> RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	49
<u>IV.</u> CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
<u>V.</u> REFERENCIAS	57
<u>VI.</u> ANEXOS	60

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1.....	49
Nivel de conocimiento en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia, 2025.	
CUADRO 2.....	50
Autocuidado en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia, 2025.	
CUADRO 3.....	51
Relación entre el nivel de conocimiento y autocuidado en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia,2025.	

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.....	49
Nivel de conocimiento en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia, 2025.	
FIGURA 2.....	50
Autocuidado en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia, 2025.	
FIGURA 3.....	51
Relación entre el nivel de conocimiento y autocuidado en adultos con diabetes, en el Centro de Salud Yugoslavia,2025.	

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.....	60
Consentimiento informado	
ANEXO 2.....	61
Cuestionario de conocimiento sobre diabetes mellitus	
ANEXO 3.....	65
Encuesta de autocuidado sobre diabetes mellitus	
ANEXO 4.....	68
Evidencia	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, en el año 2025. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional y de corte transversal.

La muestra estuvo conformada por 158 adultos diagnosticados con diabetes mellitus, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y pertenecían al programa de diabetes mellitus e hipertensión arterial del establecimiento de salud. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron dos: el Cuestionario de nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la Encuesta de nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus. Ambos instrumentos fueron validados mediante juicio de expertos y presentaron una confiabilidad aceptable, obteniéndose un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,760 para el cuestionario de conocimiento y 0,702 para la encuesta de autocuidado.

Se evidenció en el 66% de los adultos un grado de conocimiento alto, el 30 % un nivel regular y el 4 % un nivel bajo. En cuanto al nivel de autocuidado, el 54 % mostró un autocuidado alto, el 42 % un autocuidado regular y el 4 % un autocuidado bajo. Al analizar la relación entre ambas variables mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, se encontró una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 53,33$; $p = 0,001$), con una magnitud moderada de asociación (V de Cramer = 0,41).

Se concluye que mientras el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus sea mayor, mejor es el nivel de autocuidado, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias educativas de enfermería orientadas al empoderamiento del paciente y la prevención de complicaciones asociadas a esta enfermedad crónica.

Palabras clave: diabetes mellitus, conocimiento, autocuidado, adulto, enfermería.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and the level of self-care in adults with diabetes mellitus treated at the Yugoslavia Health Center, Nuevo Chimbote, during the year 2025. The study followed a quantitative approach, with a descriptive correlational and cross-sectional design.

The population and sample consisted of 50 adults diagnosed with diabetes mellitus who met the inclusion criteria and were enrolled in the diabetes mellitus and arterial hypertension program at the health facility. Data collection was carried out using two instruments: the Questionnaire on the Level of Knowledge about Diabetes Mellitus and the Survey on the Level of Self-Care in Adults with Diabetes Mellitus. Both instruments were validated through expert judgment and demonstrated acceptable reliability, with Cronbach's alpha coefficients of 0.760 for the knowledge questionnaire and 0.702 for the self-care survey.

The results showed that 66% of the adults had a high level of knowledge, 30% had a moderate level, and 4% had a low level. Regarding the level of self-care, 54% demonstrated high self-care, 42% moderate self-care, and 4% low self-care. When analyzing the relationship between both variables using Pearson's Chi-square test, a statistically significant relationship was found ($\chi^2 = 53.33$; $p = 0.001$), with a moderate strength of association (Cramer's $V = 0.41$).

It is concluded that a higher level of knowledge about diabetes mellitus is associated with better self-care practices, highlighting the importance of strengthening nursing educational strategies aimed at patient empowerment and the prevention of complications associated with this chronic disease.

Keywords: *diabetes mellitus, knowledge, self-care, adult, nursing.*

I. INTRODUCCION

1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, producto de alteraciones en la secreción de insulina, en su acción o en ambos mecanismos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023; American Diabetes Association [ADA], 2024). Esta condición representa actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia, progresión silenciosa y dada la alta susceptibilidad a experimentar complicaciones de aparición temprana y tardía, las cuales comprometen sustancialmente el bienestar general de los individuos afectados.

En las últimas décadas, la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus, especialmente del tipo 2, han mostrado un incremento sostenido tanto en países desarrollados como en aquellos de ingresos medios y bajos, fenómeno asociado a cambios en los estilos de vida, el incremento de la población adulto mayor y el incremento del sobrepeso y la obesidad (NCD Risk Factor Collaboration, 2024). Factores como el incremento de la población adulto mayor, el sedentarismo, los hábitos alimentarios inadecuados, la obesidad y los antecedentes familiares han contribuido de manera significativa a este aumento. A nivel mundial, un gran porcentaje de personas con diabetes no recibe un tratamiento adecuado o desconoce su condición, lo que favorece la aparición temprana de complicaciones.

En las Américas, y específicamente en el Perú, la diabetes mellitus se posiciona entre las enfermedades que más contribuyen a la enfermedad y muerte de la población, generando además un importante impacto económico en los servicios sanitarios por las complicaciones a largo plazo que produce y los gastos que implica su atención. (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Las complicaciones asociadas, tales como la retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía periférica, enfermedades cardiovasculares y el pie diabético, generan un alto impacto en el sistema de salud y en la economía familiar, además de limitar la capacidad funcional y social del paciente. A pesar de la existencia de programas de prevención y control

impulsados por el Ministerio de Salud, persisten dificultades relacionadas con la adherencia al tratamiento, el control metabólico inadecuado y el reducido involucramiento del individuo en las prácticas de autocuidado y monitoreo de su estado de salud.

El autocuidado constituye un pilar fundamental en el manejo integral de la diabetes mellitus, ya que permite al paciente participar activamente en el control de su enfermedad y en la prevención de complicaciones a corto y largo plazo (Orem, 2001; OMS, 2023). Este abarca una serie de acciones que contemplan la nutrición adecuada, el ejercicio físico constante, el control glucémico, el cumplimiento del tratamiento médico, el cuidado podológico y la asistencia regular a las consultas médicas. No obstante, la implementación efectiva de estas acciones está condicionada principalmente por el grado de información que el individuo tenga acerca de su padecimiento, sus complicaciones potenciales y las estrategias requeridas para su manejo.

Múltiples investigaciones han demostrado que el conocimiento insuficiente acerca de la diabetes mellitus se vincula con comportamientos deficientes de autocuidado, aumentando así la probabilidad de sufrir complicaciones, requerir internaciones y experimentar un deterioro en el bienestar del paciente. (Chipana & Condezo, 2021; Cullcush & Luna, 2020). Por el contrario, un adecuado conocimiento permite al paciente tomar decisiones informadas, fortalecer su autonomía y asumir un rol activo en el manejo de su enfermedad. Bajo esta perspectiva, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la formación sanitaria, el fomento del autocuidado y el empoderamiento de las personas con diabetes, dirigiendo sus acciones hacia el desarrollo de habilidades y la independencia del paciente, en concordancia con los principios de la teoría del autocuidado. (Orem, 2001; Rosales & Martínez, 2022).

En el distrito de Nuevo Chimbote, específicamente en el Centro de Salud Yugoslavia, se atiende a una población significativa de adultos diagnosticados con diabetes

mellitus. Durante la práctica asistencial se observó que muchos de estos pacientes presentan dificultades para mantener prácticas adecuadas de autocuidado, evidenciándose problemas como el incumplimiento del tratamiento, el escaso control de la glucosa, la inadecuada alimentación y el desconocimiento de las complicaciones propias de la enfermedad, situación similar a la reportada en estudios realizados en contextos locales y nacionales (Torres & Urtecho, 2023; Martínez et al., 2024). Esta situación podría estar relacionada con un nivel insuficiente de conocimiento sobre la diabetes mellitus.

Frente a esta problemática, se hace evidente la importancia de examinar la correlación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en personas adultas con diabetes mellitus que recibieron atención en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, a fin de producir evidencia científica que posibilite el reforzamiento de las estrategias educativas de enfermería y contribuya a mejorar la calidad de vida de esta población; por ello, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2025?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus en adultos atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.
- Identificar el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.
- Establecer la relación existente entre nivel de conocimiento y nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.

1.3. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

El nivel de conocimiento se relaciona con el nivel autocuidado de los adultos con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y su relación con el nivel de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus, en el centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025”, es de gran relevancia. Actualmente, los datos estadísticos a nivel mundial muestran un aumento preocupante en la incidencia de la Diabetes Mellitus. Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en el año 2021 se estimaba que 537 millones de adultos (de entre 20 y 79 años) vivían con diabetes, lo que representaba una prevalencia del 10,5 % a nivel global. Además, se proyecta que esta cifra alcanzará los 783 millones en 2045 (IDF, 2021).

La Diabetes Mellitus se ha posicionado como la séptima patología de mayor prevalencia en el Perú, según el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de esta patología, constituyéndose además en la razón principal de consultas ambulatorias y admisiones hospitalarias; asimismo, genera en los ámbitos individual, familiar y social, una alteración significativa en la dinámica cotidiana. (MINSa, 2021)

De forma alarmante, se ha observado un incremento de casos en poblaciones jóvenes, atribuible principalmente a malos hábitos alimenticios, sedentarismo y el aumento de la obesidad. Entre 1990 y 2019, la incidencia de diabetes tipo 2 en personas de 15 a 39 años aumentó de 117 a 183 casos por cada 100 000 personas (GBD 2019 Diabetes Collaborators, 2022).

Las complicaciones crónicas derivadas de la diabetes, tales como el fallo renal, la afectación nerviosa diabética y las extirpaciones de extremidades, no solamente afectan negativamente el bienestar del paciente, sino que además representan un elevado costo económico y social. Durante el año 2021, esta enfermedad ocasionó cerca de 6,7 millones de fallecimientos en todo el mundo (IDF, 2021).

Ante esta realidad, la presente investigación adquirirá relevancia al abordar la importancia del conocimiento y el autocuidado en la prevención de complicaciones, especialmente en la población joven. Además, busca promover estrategias de educación en salud que fomenten estilos de vida saludables y el diagnóstico temprano.

Así mismo, esta investigación tendrá una contribución significativa para la disciplina de enfermería, al proporcionar datos que podrán emplearse en el diseño de estrategias preventivas y de promoción de la salud, ofreciendo orientación tanto a las personas con diabetes como al personal de enfermería respecto al grado de conocimiento y las prácticas de autocuidado. Asimismo, representará un referente para estudios posteriores, puesto que los hallazgos enriquecerán el conocimiento existente sobre esta problemática.

II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

AMBITO INTERNACIONAL

En Ecuador; Tenesaca y Tigre (2021) realizaron una investigación titulada “Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Gualaceo, 2021”, cuya finalidad fue establecer el grado de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño analítico transversal y una población de estudio conformada por 57 participantes. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas directas, utilizando los instrumentos Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) y Summary of Diabetes Self-care Activities Measure (SDSCA). Los hallazgos revelaron que el 89,5 % de los sujetos de estudio exhibían un conocimiento de nivel medio, mientras que el 64,9 % mostraban prácticas de autocuidado no adecuadas. Como conclusión, los autores establecieron la ausencia de la relación estadísticamente significativa, entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en la muestra analizada.

En Puerto Rico; Gonzales, Alaya y Davila (2021) realizaron una investigación titulada “Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores y las prácticas de autocuidado”, cuya finalidad consistió en examinar el grado de conocimiento acerca de la diabetes mellitus tipo II y su vinculación con las conductas de autocuidado implementadas por la población adulta mayor de ese país. La investigación adoptó un diseño descriptivo correlacional y la población conformada por 59 participantes adultos mayores que presentaban diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, asistentes a un centro para personas de la tercera edad en Puerto Rico. Los datos obtenidos mostraron un nivel medio de conocimiento del 56,8 % y un autocuidado promedio del 50 %. Se comprobó una asociación estadísticamente relevante entre ambas variables en el contexto del control diabético. Como conclusión, se estableció que las personas de la tercera edad poseen un conocimiento no adecuado acerca de esta patología y que el cumplimiento de las prácticas de autocuidado se encuentra directamente vinculado con el nivel de información que tengan respecto a la diabetes mellitus

tipo II.

En Ecuador; Simbaña y Acurio (2023) realizaron una investigación titulada “Nivel de conocimiento y estilo de vida del adulto mayor con diabetes tipo II”. Cuya investigación adoptó un enfoque cuantitativo-descriptivo, con el propósito de determinar el grado de conocimiento y los hábitos de vida de los adultos mayores con esta patología (diabetes mellitus). Los hallazgos evidenciaron que el 50% de los participantes presentan un estilo de vida desfavorable, el 48% un estilo de vida poco favorable, y solo el 2% un estilo de vida favorable. Concluyen que las poblaciones de adultos mayores llevaban estilos de vida desfavorables o poco favorables, reconociendo que la nutrición, los hábitos y costumbres tenían una tendencia negativa, lo que generaba un cuidado negativo de la diabetes mellitus.

En Villa Salvador; Huaman y Ramos (2024) en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Villa el Salvador, 2024” cuyo propósito fue identificar la vinculación entre el nivel de comprensión y las estrategias de autocuidado implementadas por pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Villa el Salvador en 2024. Se llevó a cabo a través de una investigación de tipo correlacional, con perspectiva cuantitativa, diseño no experimental y carácter transversal. Los hallazgos revelaron que el nivel de conocimiento fue inadecuado en el 77.1% de los participantes y adecuado en el 22.9%. Con respecto a las prácticas de autocuidado, el 78.8% resultaron ser deficientes y el 21.2% regulares. Los autores concluyeron que sí existe una asociación entre ambas variables en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, dado que más del 70% evidenciaron conocimientos insuficientes y prácticas inadecuadas de autocuidado.

AMBITO NACIONAL

En Chiclayo; Córdova (2020) en su investigación titulada: “Conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético del centro de salud José Leonardo Ortiz 2020”. La investigación se planteó con la finalidad de evaluar la correlación entre el conocimiento y los comportamientos de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes del Centro de Salud José Leonardo Ortiz. 2020. El tipo de investigación empleada fue cuantitativo con diseño transversal-correlacional, aplicándose el instrumento a 67 usuarios adultos

mayores diabéticos. Los hallazgos revelaron que, en relación con la vinculación entre ambas variables, el 52.2% de los participantes demostró conocimiento intermedio acompañado de prácticas de autocuidado satisfactorias, mientras que el 8.7% reflejó conocimiento escaso con prácticas insuficientes. Sobre el grado de conocimiento: el 47.8% de los adultos mayores diabéticos reveló un conocimiento intermedio acerca de su enfermedad, el 29.9% evidenció conocimiento superior y el 22% conocimiento deficiente. En lo concerniente al autocuidado: el 52.23% mostró prácticas de nivel medio, el 34.32% prácticas satisfactorias y el 13.43% prácticas deficitarias. Los hallazgos permitieron establecer que existe una correlación positiva entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores con diabetes atendidos en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

En Lima; Chipana L. y Condezo D. en el año 2021; en su investigación titulada: “Relación entre conocimiento y autocuidado en pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Julio- Agosto 2021”; Se propuso establecer la asociación entre el conocimiento y el autocuidado en pacientes diagnosticados con DM2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo julio-agosto 2021.

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo. Respecto al conocimiento sobre diabetes mellitus 2 por dimensiones, el nivel más elevado se registró en la dimensión preventiva con un 71.1%, mientras que la dimensión con menor conocimiento fue el Control Glucémico con 23.9%. En lo concerniente al autocuidado, se observó que en las áreas de ejercicio físico y control de glucemia predominaron las prácticas deficitarias con porcentajes de 88.0% y 100.0% respectivamente. Solo en la dimensión de hábitos alimenticios se registró autocuidado apropiado con 59.3%. Como conclusión, los autores determinaron la existencia de una correspondencia directa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.

En Cañete; Arquíñego H, Muñoz E. y Alcántara Y. en el año 2023; en su investigación titulada: “Nivel de conocimiento y autocuidado en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, Hospital Rezola de Cañete, 2023”. El objetivo de la investigación fue establecer la relación existente entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus

tipo 2 del Hospital Rezola de Cañete, 2023. Se desarrolló una investigación básica, de corte transversal, con nivel correlacional y diseño no experimental descriptivo. El estudio contempló 207 sujetos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Los hallazgos reflejaron que el nivel de comprensión fue moderado en el 66% de los casos, mientras que el autocuidado alcanzó un nivel medio en el 52.2%. Los resultados permitieron concluir que existe una vinculación significativa entre el nivel de conocimientos y el autocuidado desarrollado por los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

En Jaén; Paredes, Díaz y Coronel (2024) en su investigación “Nivel de conocimiento y el autocuidado en pacientes diabéticos adultos mayores atendidos en el puesto de salud Monte grande – Jaén” que se planteó como propósito evaluar la vinculación entre el conocimiento y el autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes, atendidos en el Puesto de Salud Monte Grande en el año 2023. El trabajo adoptó un diseño de alcance descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transeccional. Participaron 50 pacientes portadores de diabetes. El análisis reveló que el 52% de los participantes presentó conocimiento intermedio, el 26% conocimiento deficiente y el 22% conocimiento superior. Concerniente al autocuidado, el 74% registró un nivel regular, el 16% un nivel satisfactorio y el 10% un nivel insuficiente. En cuanto a aspectos específicos, el 56% cumplía de manera regular con el plan nutricional, el 74% desarrollaba actividad física limitada y el 48% adhería regularmente al tratamiento médico. Del mismo modo, el 80% mostró cuidado moderado de los pies y el 86% cuidado moderado cutáneo. Los autores establecieron que no se evidencia una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento y las prácticas de autocuidado, de acuerdo al nivel de significancia bilateral hallado.

AMBITO LOCAL

En Nuevo Chimbote; Cullcush y Luna (2021) en su investigación titulada “Conocimiento y autocuidado del paciente con diabetes mellitus Tipo 2 de una Institución De Salud. Chimbote 2020”. El propósito fue identificar la vinculación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en una entidad de salud de Chimbote en el periodo 2020. Se utilizó una metodología de alcance descriptivo-correlacional con diseño transversal, conformada por 50 participantes. Se utilizaron dos instrumentos para la captura

de datos: un cuestionario que medía el conocimiento y un test que evaluaba el autocuidado en diabetes mellitus tipo 2.

Los resultados indicaron que la gran mayoría (90.0%) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan prácticas de autocuidado óptimas, en tanto que una proporción menor (10.0%) muestra prácticas deficitarias. En cuanto al conocimiento, el 78.0% demostró nivel alto, el 22.0% nivel regular y ninguno presentó nivel bajo. Se determinó la existencia de una relación directa y significativa entre el conocimiento y el autocuidado en la población estudiada ($r=0.45$; $p<0.001$). Estos resultados permiten inferir que el fortalecimiento del conocimiento constituye un factor favorable para la optimización de las conductas de autocuidado en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.

En Nuevo Chimbote; Torres y Urtecho (2023) en su investigación titulada “Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote-2023”. La investigación se desarrolló bajo un diseño metodológico descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal, con una muestra constituida por 30 adultos mayores. Los hallazgos descriptivos indicaron que el conocimiento sobre la enfermedad se distribuyó principalmente entre los niveles regular (50%) y bueno (46.7%), siendo marginal la proporción con conocimiento deficiente (3.3%). Asimismo, las prácticas de autocuidado fueron predominantemente buenas (73.3%), con un porcentaje menor que exhibió prácticas regulares (26.7%). A partir del análisis de los datos, los autores concluyeron que el conocimiento sobre la enfermedad y el autocuidado presentan una relación significativa en adultos mayores que padecen diabetes mellitus tipo II.

En Chimbote; Martínez, Keycord, Villanueva y Beverly (2024) en su investigación titulada “Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II, La Caleta. Chimbote. 2024”. El objetivo central del estudio consistió en determinar la correlación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado adoptadas por pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II. La metodología empleada fue descriptiva-correlacional con diseño transversal. La muestra incluyó 69 personas con este diagnóstico, participantes del programa de diabetes e hipertensión del hospital La Caleta. Se

utilizaron dos herramientas: un cuestionario para evaluar conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II y una prueba para medir prácticas de autocuidado. Los hallazgos revelaron que el 92.8% de los participantes mostraron prácticas adecuadas de autocuidado, mientras que el 7.2% presentó prácticas inadecuadas. Respecto al conocimiento, el 95.7% demostró un nivel alto y el 4.3% un nivel medio. Los autores del estudio determinaron que existe una correlación significativa entre ambas variables analizadas.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Base teórica

La teoría del déficit de autocuidado se configura como una teoría general integrada por tres constructos teóricos interrelacionados: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

2.2.2. Teoría De Dorothea Orem

Orem conceptualiza el autocuidado como una actividad deliberada del individuo, adquirida mediante el aprendizaje y orientada hacia propósitos específicos. Se trata de una conducta que emerge en diversos contextos vitales, mediante la cual el sujeto regula tanto aspectos personales como ambientales que inciden en su desarrollo y funcionamiento, con el fin de preservar su salud y bienestar. (Dorothea E. Orem, 1995)

A partir de este fundamento conceptual, se establecen tres definiciones centrales: el agente de autocuidado, referido a todo individuo responsable de identificar y satisfacer sus propias necesidades de cuidado; el agente de autocuidado dependiente, que corresponde a una persona que asume el compromiso de atender a otro individuo significativo para ella; y el agente de cuidado, rol desempeñado por el profesional de enfermería. (Vega y Gonzales, 2007).

Esta perspectiva teórica evidencia que las prácticas de autocuidado se fundamentan en las creencias religiosas, los hábitos cotidianos, las tradiciones y la diversidad cultural propias de las familias y comunidades de pertenencia. (Vega y Gonzales, 2007).

La teoría también contempla los factores condicionantes básicos, los

cuales se definen como aquellos elementos endógenos y exógenos que ejercen influencia sobre la capacidad del individuo para desarrollar prácticas de autocuidado. Estos se encuentran representados por diez componentes: género, edad, estado de salud, orientación sociocultural, características del sistema de salud, factores del entorno familiar, estilo de vida, condiciones medioambientales, acceso a recursos y capacidad de adaptación. (Naranjo et. Al, 2017).

Orem establece una conexión entre las prácticas de autocuidado y las necesidades de cuidado individual, concebidas para favorecer las condiciones esenciales para la supervivencia y el crecimiento, además de reducir la ocurrencia de circunstancias desfavorables o mitigar sus efectos en las diferentes fases del desarrollo humano. (como se citó en Vega y Gonzales, 2007).

Los requisitos de autocuidado se clasifican en tres categorías fundamentales: requisitos universales de autocuidado, requisitos de autocuidado del desarrollo y requisitos ante la desviación de la salud. Esta última categoría constituye el fundamento de las actividades de autocuidado en personas que presentan alguna discapacidad o padecen enfermedades de carácter crónico. (Naranjo et. Al 2017). La necesidad de autocuidado implica la realización de intervenciones en un tiempo específico, concepto que Orem define como demanda de autocuidado terapéutico. Según la perspectiva planteada por Leddy y Pepper (1990), “las necesidades de autocuidado asociadas con los trastornos de salud contribuyen a la prevención secundaria”. (como se citó en Vega y Gonzales, 2007).

De esta manera, el autocuidado comprende aquellas acciones deliberadas que la persona realiza por sí misma, entendidas como conductas iniciadas y ejecutadas de forma independiente por un individuo maduro o en proceso de maduración, con el propósito de mantener un estado funcional y saludable, así como favorecer el desarrollo integral y el bienestar, satisfaciendo los requerimientos que regulan el funcionamiento y la evolución del ser humano. (Prado et.al 2014)

2.2.3. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado, Orem la define como una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las actitudes en las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituye la acción no son adecuadas para conocer e identificar algunas o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existentes. (Dorothea E. Orem,1995)

El déficit de autocuidado se identifica como la correlación a través de la necesidad de autocuidado terapéutico y las conductas de auto-cuidarse atribuidas a una persona cuando las habilidades de autocuidado que dan forma a esas conductas son ineficaces o insuficientes para comprender e identificar algunos o todos los problemas que componen las necesidades terapéuticas de autocuidado existentes o previstas. (como se citó en Marinner, 1994).

La necesidad de autocuidado terapéutico es una unidad de la naturaleza humana, cuya base objetiva es la información que caracteriza al individuo en términos de estructura, funciones y desarrollo. Se basa en la teoría de que el autocuidado es una fuerza que define al ser humano, así como en hechos y teorías de las ciencias humanas y ambientales. (Marinner, 1994).

Orem definió el autocuidado como la capacidad compleja de reconocer la necesidad continua de ayuda de una persona para regular las etapas de la vida, mantener o impulsar la totalidad de la estructura, el funcionamiento y el autodesarrollo, y fomentar la salud. (como se citó en Marinner, 1994).

Podemos estar seguros de que existe un déficit de autocuidado para satisfacer la necesidad de autocuidado siempre que la necesidad de autocuidado sobrepasa a la capacidad de acción del ser humano, ósea, cuando el ser humano es incapaz y no quiere realizar las tareas necesarias. Así, el déficit de autocuidado es una condición que afirma la necesidad de cuidar. (Pardo et. al,2014).

2.2.4. TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA

Orem la define como una serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o regular la acción de su autocuidado. (Dorothea E. Orem, 1995)

Esta teoría describe “una serie de acciones prácticas y voluntarias que las enfermeras toman para ayudar a las personas a asumir la responsabilidad de su propio cuidado” (Vega y Gonzales, 2007).

Orem creo tres tipos de sistemas de enfermería, las cuales se mencionan a continuación.

Sistema Totalmente Compensado: Cuando la persona no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. La enfermera esta compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos deambulacion y de manipulacion y otros. (Dorothea E. Orem, 1995)

Sistema parcialmente compensador: se refiere tanto la enfermera como el paciente realiza medidas de asistencias y otras actividades que impliquen labores manipulativas. (Dorothea E. Orem, 1995). Por ejemplo, los pacientes pueden realizar actividades como cepillarse los dientes y comer, pero depende de la enfermera moverse por el baño, lavarse o vestirse u otros cuidados. (Prado et. al 2014).

Sistema de Apoyo Educativo: cuando una persona requiere orientación y educación para el autocuidado, por lo tanto, la enfermera ayuda al paciente aconsejando, apoyándolo y enseñándole los pasos necesarios para el autocuidado. (Meadow et. al 2014)

En esta teoría, las enfermeras pueden emplear cinco métodos para apoyar a los pacientes tales como: actuar para compensar los déficits, orientar, enseñar, apoyar y provisión de un entorno de desarrollo. Además, de acuerdo con Orem, el rol de la enfermería se centra en acompañar a los individuos en el proceso de reconocimiento de sus necesidades de

autocuidado terapéutico, propiciando conductas de autocuidado que fomenten la salud, garanticen la supervivencia y permitan tanto la recuperación de enfermedades como el manejo de sus efectos. (Marina, 1994)

2.2.5. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Piaget; en su propuesta teórica, establece que el conocimiento emerge de la interacción dinámica entre el sujeto cognoscente y su entorno. Mediante la acción sobre la realidad, el individuo la incorpora, asimila y transforma; simultáneamente, experimenta su propia modificación al incrementar su bagaje cognitivo, sus capacidades de anticipación y el enriquecimiento progresivo de su conducta. Este planteamiento presupone que el sujeto desempeña un rol activo en la construcción del conocimiento, trascendiendo la mera recepción o representación pasiva de la realidad externa. El conocimiento constituye invariablemente una construcción que el sujeto elabora a partir de los recursos cognitivos disponibles. Los niveles de conocimiento se categorizan en: empírico, científico, filosófico y teológico.

Conocimiento Empírico

Denominado también conocimiento "vulgar" o "popular", se adquiere de manera fortuita mediante múltiples experiencias cotidianas. Carece de método y sistematización. Facilita al individuo desenvolverse en la cotidianidad, el ámbito laboral, las relaciones interpersonales y, en términos generales, la gestión de situaciones rutinarias. Una característica distintiva de este tipo de conocimiento radica en su carácter indispensable para el comportamiento diario, siendo utilizado universalmente por personas de diversas profesiones y ocupaciones: cineastas, funcionarios, comerciantes, científicos, artistas, entre otros.

El conocimiento vulgar posee una orientación práctica más que teórica; no busca elaborar explicaciones racionales, privilegiando la utilidad pragmática sobre la comprensión profunda de la realidad. Es característico del individuo común, sin formación académica especializada, pero con experiencia del entorno material que habita. Respecto a su alcance,

considera real únicamente aquello que es perceptible sensorialmente; lo demás resulta irrelevante. A través del conocimiento empírico, el individuo común aprehende los hechos y su ordenamiento aparente, generando respuestas sobre las causas de los fenómenos, aunque formula escasas interrogantes al respecto. Todo ello se logra mediante experiencias acumuladas de manera azarosa, carentes de método sistemático, condicionadas por las circunstancias vitales, el esfuerzo personal, el conocimiento heredado de otros y las tradiciones colectivas. La adquisición de este conocimiento se fundamenta esencialmente en la experiencia sensorial. Esta tipología cognitiva, también denominada "saberes", comprende subcategorías como la superstición y el conocimiento popular transmitido generacionalmente.

Conocimiento Científico

El conocimiento científico trasciende el nivel de experiencia, ya que busca comprender sus causas y leyes mediante conceptos precisos y rigurosos. A diferencia del conocimiento espontáneo, se caracteriza por ser objetivo, racional, sistémico general y metódico. Su naturaleza abierta lo distancia significativamente de todo dogmatismo, solo considera válidas aquellas afirmaciones que pueden demostrarse y fundamentarse científicamente. La ciencia como el pensamiento científico desestiman aquellas afirmaciones que carecen de sustento o justificación.

Conocimiento Filosófico

Se diferencia del conocimiento científico tanto por su objeto de estudio como por su metodología. La filosofía tiene como objeto de estudio realidades inmediatas de carácter suprasensible, inaccesibles a través de los sentidos y que sobrepasan la experiencia empírica, siendo abordadas mediante el método racional. Su aproximación metodológica discurre desde lo concreto material hacia lo supramaterial, y desde lo particular hacia lo universal. El conocimiento filosófico se define como un ejercicio de indagación constante, un cuestionamiento continuo dirigido tanto hacia sí mismo como hacia la realidad. No constituye un conocimiento cerrado ni definitivo, sino una exploración permanente orientada a la búsqueda de sentido, justificación, posibilidades e interpretación de todo aquello que rodea al ser humano y de su propia existencia. Lo esencial de la filosofía

se encuentra en la indagación del saber, no en su obtención. El conocimiento filosófico persigue la comprensión de la realidad en su contexto más amplio y universal. Si bien no brinda soluciones concluyentes a numerosos cuestionamientos, potencia en el sujeto el ejercicio de sus facultades cognitivas para aprehender de manera más profunda el sentido de la vida concreta. Dentro del ámbito filosófico, categorías tales como esencia, universalidad, necesidad y fundamentación permanecen como objetos constantes de análisis y reflexión. (Zembrano, 1999)

Conocimiento Teológico

Este tipo de conocimiento, de carácter revelado, presupone necesariamente una actitud de fe, y se configura cuando existe un elemento oculto o misterioso que es revelado por alguien y otro sujeto aspira a conocer. El misterio, entendido como aquello velado que despierta la curiosidad e impulsa la indagación, puede estar relacionado con fenómenos de la naturaleza, la vida trascendente, la existencia de lo absoluto, entre otros aspectos. El agente que manifiesta lo oculto recibe la denominación de revelador, el cual puede ser tanto el ser humano como la divinidad. El sujeto receptor de la revelación adoptará fe humana cuando el revelador sea un individuo, y fe teológica cuando sea Dios quien revele. En consecuencia, el conocimiento revelado concerniente a lo divino, acogido mediante la fe teológica, se constituye como conocimiento teológico. Este conjunto de verdades es accesible al individuo no por medio del ejercicio intelectual, sino mediante la aceptación de los contenidos emanados de la revelación divina, recurriendo al argumento de autoridad. Tales conocimientos, obtenidos a partir de las escrituras sagradas, son admitidos racionalmente después de haber atravesado el más estricto examen histórico-crítico.

Por consiguiente, puede establecerse que los individuos con un nivel elevado de conocimiento desarrollarán una mayor capacidad de comprensión respecto al material vinculado con el cuidado de la salud, permitiéndoles tomar decisiones apropiadas concernientes a su

enfermedad. Por el contrario, los individuos que poseen un nivel deficiente de conocimientos en materia de salud enfrentarán mayores obstáculos para desenvolverse en su vida diaria. En consecuencia, los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus enfrentan la necesidad de valorar no solamente el conocimiento, sino también el autocuidado, debiendo ser capaces de ejercer el cuidado personal, controlando su estado de salud y previniendo complicaciones futuras.

2.2.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Definición de conocimiento

El conocimiento se define como la capacidad de adquirir, retener y utilizar información, así como una mezcla de comprensión, experiencia, discernimiento y habilidad. (OMS,2025)

Para Piaget, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción activa del sujeto en interacción con su entorno. Él plantea que el desarrollo cognitivo ocurre a través de una serie de etapas sucesivas (sensorial-motriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales), donde el individuo construye estructuras mentales cada vez más complejas. Esto implica que el aprendizaje se da mediante procesos de asimilación y acomodación, los cuales permiten al individuo adaptarse cognitivamente a nuevas experiencias y reorganizar sus esquemas mentales. (Piaget,1973,p.15)

Definición de autocuidado

El autocuidado se entiende actualmente como un proceso dinámico y continuo mediante el cual las personas adquieren y aplican conocimientos, habilidades y actitudes para gestionar de manera efectiva su salud y bienestar, prevenir enfermedades y afrontar las consecuencias de condiciones crónicas (World Health Organization [WHO], 2023).

Este enfoque enfatiza la importancia del empoderamiento del paciente y la toma de decisiones autónomas apoyadas en educación y acompañamiento profesional (Rosales & Martínez, 2022)

El autocuidado es definido por Orem (2001) como la práctica de actividades que las personas realizan por iniciativa propia para mantener su vida, salud y bienestar. Incluye acciones como la alimentación adecuada, el control de síntomas, la adherencia al tratamiento y la búsqueda oportuna de atención médica. Es un componente clave en el control de enfermedades crónicas y en la mejora de la calidad de vida.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, ya sea por un defecto en la secreción de insulina, en la acción de esta, o en ambos procesos (American Diabetes Association [ADA], 2024).

Esta hiperglucemia sostenida se asocia a largo plazo con daño, disfunción y falla de diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Existen principalmente dos tipos de Diabetes Mellitus: la Tipo 1, que suele aparecer en la infancia o adolescencia y se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas; y la Tipo 2, que es más común en adultos y se relaciona con resistencia a la insulina y defectos progresivos en su secreción (ADA, 2024). Además, se reconocen otras formas como la diabetes gestacional y tipos específicos secundarios a otras enfermedades o tratamientos farmacológicos (OMS, 2023)

Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus, especialmente la de tipo 2, está asociada a diversos factores de riesgo que interactúan entre sí y aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Estos factores pueden clasificarse en no modificables y modificables.

Entre los factores no modificables se incluyen la edad avanzada, los antecedentes familiares de diabetes y la etnicidad. Múltiples investigaciones han evidenciado que contar con un familiar de primer

grado diagnosticado con diabetes aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar la enfermedad, lo cual indica una marcada predisposición genética. (American Diabetes Association [ADA], 2024).

En cuanto a los factores modificables, destacan el sobrepeso, la obesidad (particularmente la obesidad abdominal), el sedentarismo, la dieta poco saludable, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial y la dislipidemia. Estos factores están vinculados a un estilo de vida no saludable y a condiciones metabólicas que favorecen la resistencia a la insulina (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La inactividad física y una alimentación rica en grasas saturadas, azúcares y alimentos ultraprocesados son elementos clave en el desarrollo de la diabetes tipo 2. Asimismo, la obesidad visceral está estrechamente relacionada con la resistencia a la insulina y es uno de los predictores más importantes de la aparición de la enfermedad (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2022).

Además, existen factores de riesgo específicos para la mujer, como haber tenido diabetes gestacional o haber dado a luz a un bebé con un peso mayor a 4 kg, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en etapas posteriores de la vida (OMS, 2023).

La identificación temprana de estos factores permite implementar estrategias de prevención primaria y secundaria, enfocadas en la modificación de hábitos de vida y la vigilancia continua de la salud metabólica, lo cual es esencial para disminuir la carga de la enfermedad a nivel individual y poblacional.

Signos y Síntomas de la Diabetes Mellitus

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la diabetes mellitus comprenden la poliuria (incremento en la frecuencia de micción), la polidipsia (sed excesiva), la polifagia (apetito constante) y la pérdida ponderal inexplicable, aun cuando la ingesta alimentaria se mantenga normal o aumentada. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Otros síntomas pueden ser fatiga, visión borrosa, infecciones recurrentes

(especialmente urinarias o cutáneas), y heridas que tardan en cicatrizar. En muchos casos, especialmente en la diabetes tipo 2, la enfermedad puede ser asintomática en sus etapas iniciales, lo que retrasa el diagnóstico (American Diabetes Association [ADA], 2024)

Diagnóstico de la Diabetes Mellitus

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se basa en criterios clínicos y pruebas de laboratorio que permiten identificar niveles anormalmente elevados de glucosa en sangre. Según la American Diabetes Association (2024), se confirma diabetes si se presenta alguno de los siguientes: glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL, glucosa ≥ 200 mg/dL a las 2 horas de una prueba oral de tolerancia a la glucosa, hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$, o glucosa plasmática ≥ 200 mg/dL en presencia de síntomas clásicos de hiperglucemia. Estas pruebas deben realizarse preferiblemente en dos ocasiones para confirmar el diagnóstico, salvo que existan síntomas evidentes de la enfermedad.

Complicaciones de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus, en ausencia de un control adecuado, puede generar complicaciones tanto agudas como crónicas. Dentro de las complicaciones de carácter agudo se incluyen la hipoglucemia y la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperglucémico hiperosmolar, que requieren atención médica inmediata (ADA, 2024). Las complicaciones crónicas se dividen en microvasculares, como la retinopatía diabética, nefropatía y neuropatía periférica, y macrovasculares, que incluyen enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedad arterial periférica (OMS, 2023). Estas complicaciones aumentan el riesgo de discapacidad y muerte prematura, por lo que la prevención y el control estricto de los niveles glucémicos son fundamentales (MINSa, 2022).

Tratamiento de la Diabetes Mellitus

El tratamiento de la Diabetes Mellitus se basa en un enfoque integral que incluye modificaciones en el estilo de vida, control farmacológico y

educación del paciente. Las principales medidas no farmacológicas son una alimentación saludable, actividad física regular y el control del peso corporal (OMS, 2023). En la diabetes tipo 1, es esencial el uso diario de insulina. En la diabetes tipo 2, el tratamiento puede comenzar con antidiabéticos orales, como la metformina, y progresar al uso de insulina si el control glucémico no se logra (ADA, 2024).

Además, es fundamental el monitoreo frecuente de la glucosa en sangre y el manejo de factores de riesgo como la hipertensión y la dislipidemia (MINSa, 2022)

Cuidados en paciente con diabetes mellitus

Los cuidados de enfermería en el pie son fundamentales para prevenir complicaciones graves, como úlceras e infecciones, que pueden llevar a la amputación. Estos cuidados abarcan tanto la educación al paciente para el autocuidado como las intervenciones directas del personal de enfermería.

1. Evaluación y Monitoreo Continuo:

Inspección diaria: Es crucial que el paciente, o un cuidador, revise sus pies a diario en busca de cualquier cambio: enrojecimiento, hinchazón, ampollas, cortes, grietas, callosidades, cambios de color o temperatura, o uñas encarnadas. Se puede usar un espejo para ver la planta del pie.

Evaluación profesional: La enfermera debe realizar una evaluación integral del pie al **menos** una vez al año, y en cada visita para pacientes de alto riesgo, para identificar factores de riesgo (neuropatía, deformidades, antecedentes de úlceras o amputaciones).

Sensibilidad y pulsos: Evaluar la sensibilidad protectora (con monofilamento, por ejemplo) y palpar los pulsos pedios y tibiales posteriores para detectar problemas circulatorios.

2. Higiene del Pie:

Lavado diario: Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón suave. **Comprobar la temperatura:** Siempre verificar la temperatura

del agua con la mano o un termómetro (entre 32°C y 35°C) antes de introducir los pies, ya que la neuropatía puede disminuir la sensación de calor.

No remojar: Evitar mantener los pies en remojo por mucho tiempo, ya que esto puede reseca la piel.

Secado minucioso: Secar los pies con suavidad, a golpecitos, sin frotar, prestando especial **atención** a los espacios entre los dedos para prevenir la proliferación de hongos.

Hidratación: Aplicar una crema hidratante sin perfume en todo el pie después del secado, evitando la zona entre los dedos para evitar la maceración. No usar polvos, desodorantes ni aerosoles.

3. **Cuidado de Uñas y Callosidades:**

Corte de uñas: Cortar las uñas de forma recta, sin redondear las esquinas, para evitar uñas encarnadas. Usar tijeras de punta roma o una lima de cartón.

Asistencia profesional: Si el paciente tiene dificultad para ver o cortar sus uñas, o presenta uñas encarnadas o engrosadas, debe acudir a un podólogo.

Callosidades: No cortar callos ni usar líquidos abrasivos. Para disminuir la callosidad, se puede usar una piedra pómez suavemente después del baño. En caso de callosidades persistentes o dolorosas, derivar al podólogo.

4. **Calzado y Calcetería:**

Zapatos adecuados: Utilizar zapatos cómodos, amplios, blandos y flexibles, de materiales transpirables (como el cuero). La puntera debe permitir el movimiento de los dedos y el talón debe estar bien sujeto.

Evitar calzado de riesgo: No usar zapatos abiertos (sandalias, chanclas), tacones elevados o calzado que apriete.

Inspeccionar el calzado: Revisar el interior de los zapatos diariamente antes de usarlos para detectar objetos extraños, costuras que sobresalgan o irregularidades que puedan causar lesiones.

Comprar zapatos: Comprar calzado nuevo a última hora de la tarde, cuando los pies suelen estar más hinchados.

Calcetines: Usar calcetines de algodón, lana o hilo, sin costuras, que no aprieten y cambiar a diario. Nunca caminar descalzo.

5. Educación al Paciente y Familiares:

Autocuidado: Enseñar al paciente la importancia del autocuidado diario de los pies, cómo realizar la inspección y la higiene adecuada.

Factores de riesgo: Explicar los factores de riesgo del pie diabético (neuropatía, isquemia, deformidades) y las consecuencias de no cuidar los pies.

Signos de alarma: Instruir al paciente sobre cuándo buscar atención médica inmediata (úlceras, ampollas, dolor, cambios de coloración, signos de infección, etc.).

Control de la diabetes: Enfatizar la importancia de mantener un control glucémico adecuado, así como el control de otros factores de riesgo cardiovascular (presión arterial, colesterol).

Estilo de vida: Aconsejar evitar el tabaco y el alcohol, mantener un peso saludable y realizar actividad física regular.

6. Manejo de Lesiones:

Limpieza de heridas: Limpiar las úlceras con suero fisiológico, eliminando bien el exudado y secando suavemente.

Desbridamiento: Eliminar el tejido no viable para facilitar la cicatrización. Esto puede ser realizado por personal de enfermería

capacitado o el médico.

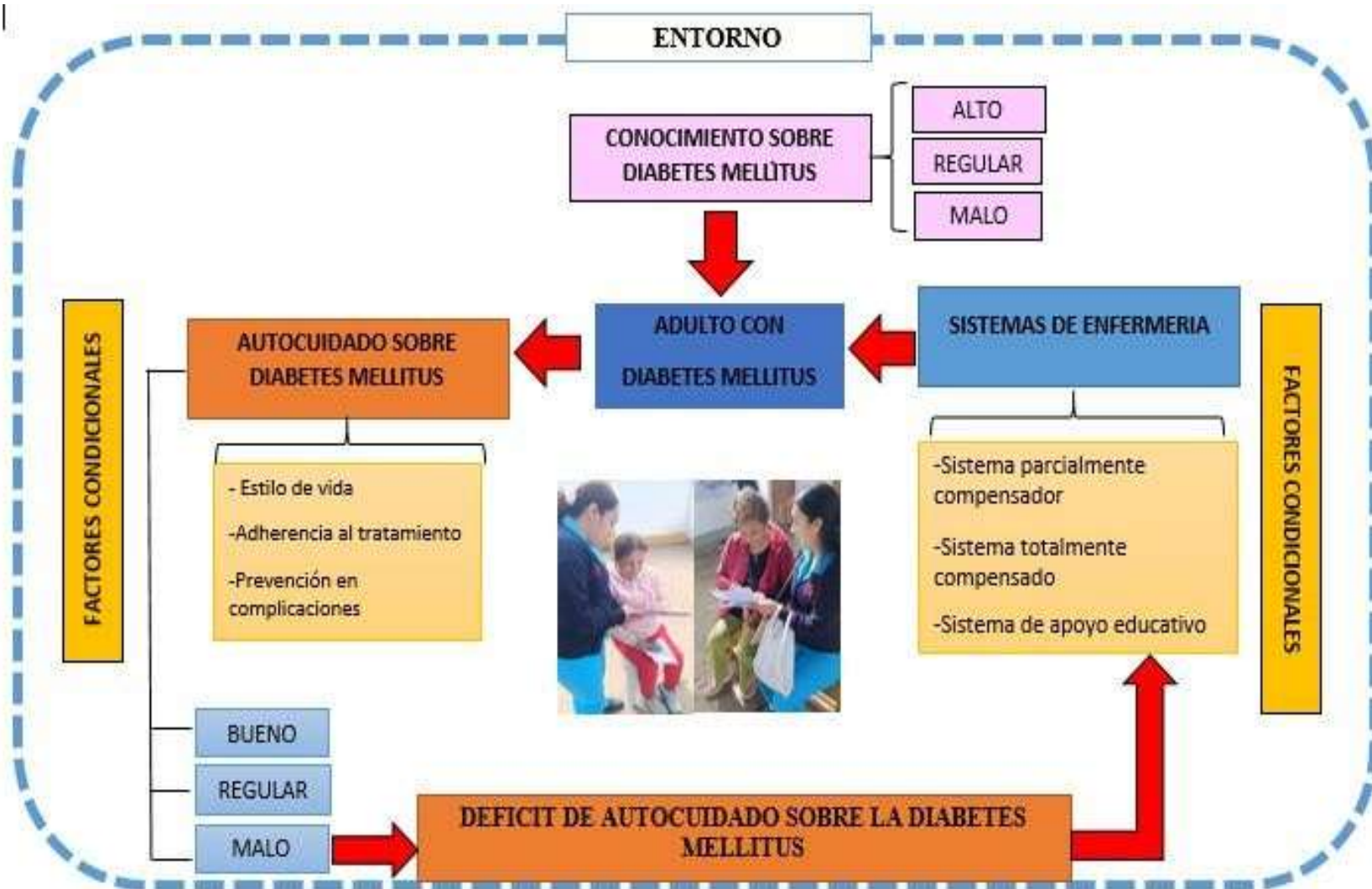
Apósitos adecuados: Utilizar apósitos que mantengan un ambiente húmedo en la herida, controlen el exudado y protejan la lesión.

Descarga de presión: Es fundamental eliminar la presión de la zona afectada para permitir la cicatrización (uso de calzado terapéutico, muletas, silla de ruedas, etc.).

Control de la infección: Si hay signos de infección, se requiere un tratamiento con antibióticos, generalmente bajo prescripción médica y tras la toma de un cultivo.

Derivación: En caso de presentar úlceras pequeñas en pies o miembros inferiores que no cicatrizan, derivar al paciente al médico internista de turno.

Los cuidados de **enfermería** son clave para empoderar al paciente diabético en la gestión de su salud podal y reducir significativamente el riesgo de complicaciones graves.



ESQUEMA ADAPTADO A LA TEORIA COGNITIVA DE PIAGET Y TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2025

Activar
Ver a Con

III. METODOLOGIA

3.1. METODO DE ESTUDIO

El estudio se enmarca dentro de un diseño metodológico de tipo descriptivo-correlacional con enfoque transversal.

- Descriptivo, puesto que tiene como propósito describir el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en personas adultas con diagnóstico de diabetes mellitus atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.
- Correlacional, ya que busca determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus usuarios del Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.
- De corte transversal, dado que la obtención de la información se efectuó en un solo momento específico en el tiempo.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño es descriptivo correlacional.

3.2.1. Variables

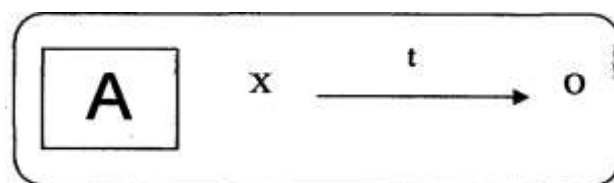
- **Variable 1**

Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en Adultos.

- **Variable 2**

Nivel de autocuidado sobre Diabetes Mellitus en Adultos.

El presente trabajo de investigación corresponde a un diseño de tipo descriptivo, de una sola casilla y correlacional, que corresponde al siguiente esquema.



Donde:

A = Adultos con Diabetes Mellitus, en el Centro de

Salud Yugoslavia - Nuevo Chimbote.

X = Nivel de autocuidado

O = Nivel de conocimiento

T = 2025

3.3. POBLACION

La población de estudio está constituida por 158 adultos con diagnóstico de diabetes mellitus (N=158) atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.

3.3.1. Unidad de analisis:

Adultos con Diabetes Mellitus, en el centro de Salud Yugoslavia - Nuevo Chimbote, que reunió los criterios de inclusión.

3.3.2. Marco muestral:

Libro de registro y seguimiento de los Adultos con Diabetes Mellitus, en el centro de Salud Yugoslavia - Nuevo Chimbote 2025.

3.3.3. Criterios de inclusion

- Adultos que pertenezcan a la estrategia de Diabetes Mellitus e hipertensión.
- Adultos de ambos sexos con Diabetes Mellitus.
- Adultos que acudan en forma regular a su control Médico y control de Enfermería.
- Adultos de nivel educativo (primaria completa)
- Adultos que tengan tiempo con la enfermedad mínimo 6 meses.
- Adultos que acepten y posibiliten la aplicación de los instrumentos

3.3.4. Muestra:

La muestra estuvo conformada por 158 adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus, quienes pertenecen a la estrategia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial del Centro de Salud Yugoslavia

3.4. ASPECTOS ETICOS:

En el marco de esta investigación se consideraron los principios éticos que se describen a continuación, a fin de asegurar el consentimiento y la colaboración de las personas adultas diagnosticadas con diabetes mellitus adscritas al programa de diabetes mellitus e hipertensión arterial del Centro de Salud Yugoslavia:

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA:

"Actuar en beneficio del otro". Los hallazgos de esta investigación constituirán un aporte valioso para los futuros profesionales sanitarios y para aquellos en ejercicio activo, favoreciendo la optimización de la calidad de vida de las personas afectadas por diabetes mellitus.

PRINCIPIO DE LA MALEFICENCIA:

"Ante todo, no hacer daño, no perjudicar". La investigación contempló el manejo confidencial de los datos personales, asegurando el resguardo de la privacidad de los adultos con diabetes mellitus que formaron parte del estudio.

PRINCIPIO DE RESPETO DE LA DIGNIDAD HUMANA:

Comprende el derecho del individuo a la autodeterminación, lo que significa que se respetó la decisión de los adultos con diabetes mellitus de participar o abstenerse de participar en el estudio.

PRINCIPIO DE AUTONOMIA:

Implica "El respeto hacia la autodeterminación de las personas". En este estudio se respetó la integridad de los datos registrados, evitando cualquier modificación con el propósito de obtener información fidedigna.

PRINCIPIO DE JUSTICIA:

Este principio abarca dos dimensiones fundamentales: el derecho a un trato justo y equitativo, y el derecho a la privacidad. En relación con el primero, se cumplieron los requisitos establecidos tanto en el proceso de selección de los participantes como durante la ejecución del estudio. Con respecto al derecho a la privacidad, la administración de los instrumentos se efectuó garantizando el

anonimato (siendo las investigadoras las únicas conocedoras de la identidad de los pacientes con diabetes mellitus) y la confidencialidad, la cual constituye una garantía de que la información suministrada por los participantes no será divulgada sin su consentimiento previo.

3.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

a. **Variable 1:** Nivel de autocuidado sobre la Diabetes Mellitus

Definición conceptual: El autocuidado es un proceso dinámico y continuo mediante el cual las personas adquieren y aplican conocimientos, habilidades y actitudes para gestionar de manera efectiva su salud y bienestar, prevenir enfermedades y afrontar las consecuencias de condiciones crónicas (World Health Organization [WHO], 2023).

Definición operacional: Se realizó a través de la aplicación de la Encuesta de Nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus; cual consta de 22 preguntas diseñadas para medir dichas prácticas. En los ítems con enunciados positivos, las respuestas “siempre”, “a veces” y “nunca” se califican con 3, 2 y 1 punto respectivamente. En cambio, para los ítems negativos (preguntas 3, 4, 5 y 10), la puntuación se asigna de manera inversa: “siempre” = 1, “a veces” 2 puntos y “nunca” 3 puntos. El puntaje máximo total es de 66 puntos.

Nivel de autocuidado:

- **Bueno: 52- 66 puntos**
- **Regular: 38 – 51 puntos**
- **Malo: 22 – 37 puntos**

b. **Variable 2:** Nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus

Definición conceptual: El conocimiento se define como la capacidad de adquirir, retener y utilizar información, así como una mezcla de comprensión, experiencia, discernimiento y habilidad. (OMS,2025)

Definición operacional: Se medirá a través de la aplicación del “Cuestionario conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2”; el cual consta de 14 ítems, donde cada respuesta correcta tiene valor de 1 punto y el incorrecto 0. Mediante la escala ordinal; se categorizó de la siguiente manera:

Nivel de conocimiento:

- **Alto: 10 -14 puntos**
- **Regular: 5 – 9 puntos**
- **Malo: 0 – 4 puntos**

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

3.6.1. Técnicas

Encuesta: Permite observar y registrar características en las unidades de análisis de la muestra, delimitada en el tiempo y en el espacio establecido en la presente investigación.

3.6.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se hará uso de los cuestionarios:

a) **Cuestionario de nivel de conocimiento del adulto con diabetes mellitus (Anexo N° 2)**

Elaborado por Pezo G. (2017) modificado por las autoras Pinedo y Silva (2025) el cual permitió obtener información de las personas vinculadas en el grupo de estudio, basándose en conocimiento que proveen respecto a la Diabetes Mellitus.

El cuestionario se está conformado por 14 preguntas de formato cerrado. El sistema de calificación otorga 1 punto a cada ítem respondido correctamente y 0 puntos a las respuestas incorrectas.

La categorización del nivel de conocimiento acerca de las prácticas de autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus se categorizo en:

Nivel de conocimiento:

- Alto: 10 - 14 puntos
- Regular: 5 – 9 puntos
- Malo: 0 – 4 puntos

b) **Encuesta del nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus (Anexo N°3)**

Elaborado por Yana Pari L. (2018) y modificado por los autores Pinedo y Silva (2025) el cual permitió obtener información de las personas vinculadas en el grupo de estudio, basándose en sus conocimientos sobre el autocuidado en la Diabetes Mellitus; consta de 22 preguntas diseñadas para medir dichas prácticas. En los ítems con enunciados positivos, las respuestas “siempre”, “a veces” y “nunca” se califican con 3, 2 y 1 punto respectivamente. En cambio, para los ítems negativos (preguntas 3, 4, 5 y 10), la puntuación se asigna de manera inversa: “siempre” recibe 1 punto, “a veces” 2 puntos y “nunca” 3 puntos. El puntaje máximo total es de 66 puntos. La encuesta clasifica el nivel de autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus siguiendo criterios específicos.

3.7. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Se llevó a cabo una prueba piloto con 10 participantes que compartían el perfil de la población de estudio, garantizando así la precisión y claridad de las herramientas de recolección de datos. La validez del contenido fue ratificada mediante el juicio de tres expertos en la materia. En cuanto a la consistencia interna, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo valores de **0,702** para el cuestionario de autocuidado y **0,760** para la encuesta de conocimientos. Dichos resultados confirman que ambos instrumentos poseen una confiabilidad aceptable para su aplicación.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para llevar a cabo la investigación en el **Centro de Salud Yugoslavia**, se siguieron los siguientes pasos:

- **Gestión administrativa:** Se obtuvieron los permisos de la Escuela de Enfermería, la Dirección del centro y la Unidad de Docencia.
- **Coordinación operativa:** Se estableció contacto con la jefatura del

programa de diabetes para el acceso a la muestra.

- **Trabajo de campo:** Se informó a los pacientes sobre el estudio, se aplicó el consentimiento informado y se recolectaron los datos en sesiones de 20 minutos, asistiendo a pacientes con limitaciones de lectura.
- **Cierre:** Se supervisó la calidad de los datos y se agradeció la colaboración de los involucrados.

3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se procesaron los datos obtenidos a través de los instrumentos mediante el uso del programa estadístico SPSS/info/software.

A nivel descriptivo, los datos fueron organizados y analizados mediante tablas unidimensionales y bidimensionales, utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentuales).

A nivel analítico, se empleó la prueba estadística de independencia de criterios Chi-cuadrado, con la finalidad de determinar la relación existente entre las variables en estudio, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Asimismo, se utilizó el programa Microsoft Excel para la elaboración de tablas y representaciones gráficas.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS

CUADRO 1: Nivel de conocimiento en adultos con diabetes mellitus en el centro salud Yugoslavia, nuevo Chimbote 2025

CONOCIMIENTO	Nº	%
ALTO	105	66%
REGULAR	38	30%
MALO	15	4%
Total general	158	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus

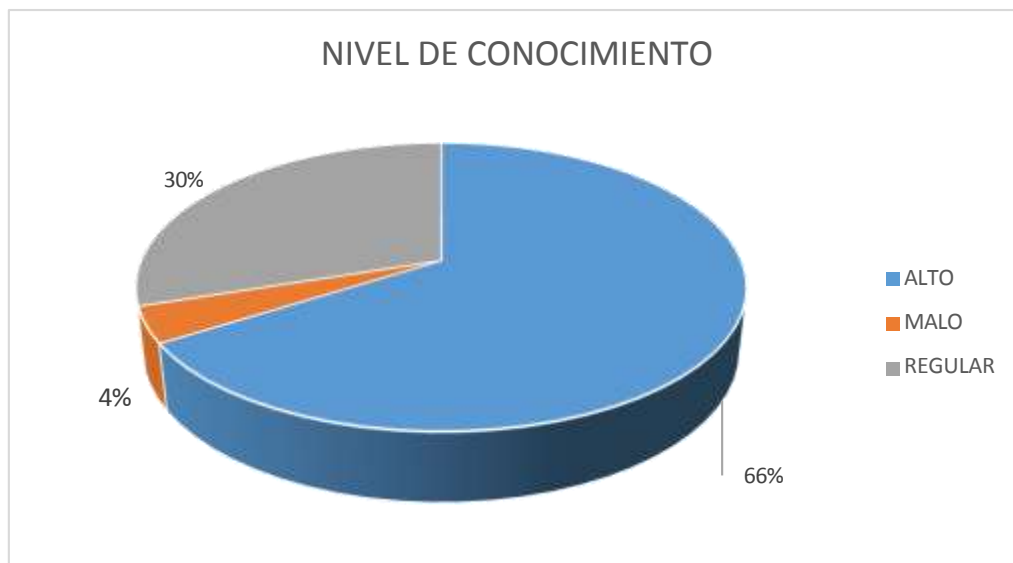


Figura 1:

Nivel de conocimiento en adultos con diabetes mellitus del Centro Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2025.

CUADRO 2: Nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus del centro salud Yugoslavia, nuevo Chimbote 2025

AUTOCAUIDADO	Nº	%
MALO	7	4%
REGULAR	66	42%
ALTO	85	54%
Total general	158	100%

Fuente: Encuesta del nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus.

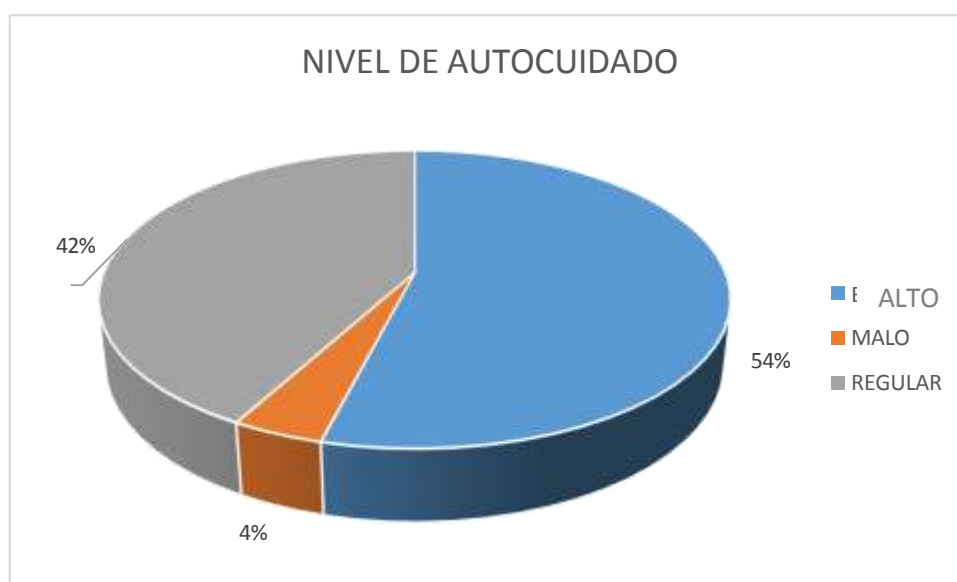


Figura 2:

Nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2025.

CUADRO 3: Relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2025.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL DE AUTOCUIDADO						TOTAL	
	ALTO		REGULAR		BAJO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
ALTO	60	61.2%	35	35.7%	3	3.1%	98	62%
REGULAR	25	44.6%	30	53.6%	1	1.8%	56	35.5%
BAJO	0	0%	1	2.5%	3	7.5%	4	2.5%
TOTAL	85	53.8%	66	41.8%	7	4.4%	158	100%

$$\chi^2 (4, N = 158) = 50.33, p < 001.$$

FUENTE: Cuestionario de conocimiento y autocuidado sobre la diabetes.

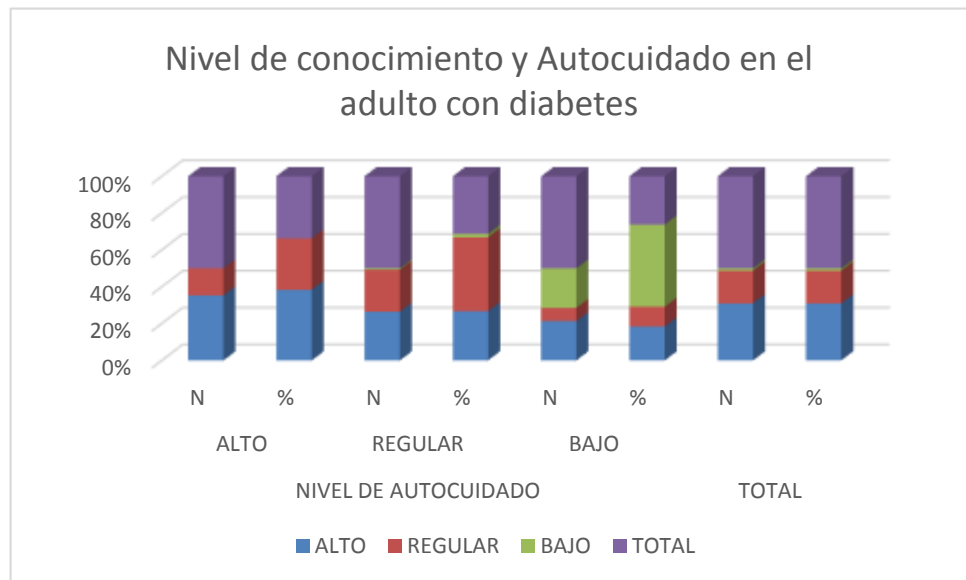


FIGURA 3:

Relación entre el nivel de conocimiento y autocuidado de los adultos con diabetes, en el centro de salud Yugoslavia, 2025.

4.2. DISCUSION

A partir de los hallazgos del estudio, se pone de manifiesto el nivel de conocimiento y de autocuidado que presentan los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud Yugoslavia, pertenecientes al programa de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

En el cuadro N°1, obtuvimos que los adultos con diabetes mellitus presentan un 66 % conocimiento alto, el 30 % presentan un conocimiento regular y 4% presentan un conocimiento bajo.

En el ámbito internacional, los hallazgos coinciden con lo reportado por Gonzales, Alaya y Dávila (2021) en Puerto Rico, quienes encontraron que un mayor nivel de información sobre diabetes mellitus tipo II favorece el cumplimiento de conductas saludables y el control de la enfermedad. Asimismo, Huamán y Ramos (2024), en Villa El Salvador, concluyeron que el conocimiento constituye un elemento fundamental para el manejo adecuado de la enfermedad.

Sin embargo, los resultados difieren parcialmente de los encontrados por Tenesaca y Tigre (2021) en Ecuador, quienes reportaron predominio de conocimiento intermedio (89,5%). Del mismo modo, Paredes, Díaz y Coronel (2024), en Jaén, encontraron predominio de conocimiento intermedio. Estas diferencias podrían atribuirse a factores sociodemográficos, culturales y al acceso a programas educativos y preventivos.

En el ámbito nacional y local, los resultados son semejantes a los encontrados por Córdova (2020) en Chiclayo, así como por Cullcush y Luna (2021), quienes identificaron altos niveles de conocimiento en pacientes diabéticos. Asimismo, Martínez et al. (2024) reportaron porcentajes aún más elevados de conocimiento alto (95,7%), reafirmando la importancia de la educación sanitaria en el manejo de la diabetes mellitus.

En el cuadro N° 2 se observa que el 54% presentan autocuidado alto, 42% autocuidado regular y un 4% de autocuidado bajo.

A nivel internacional, los resultados guardan relación con el estudio de Gonzales, Alaya y Dávila (2021), quienes señalaron que los pacientes con mayor información desarrollaban mejores prácticas de autocuidado. De igual manera, Huamán y Ramos

(2024) destacaron la importancia de las prácticas de autocuidado en el control de la diabetes mellitus tipo II.

No obstante, los hallazgos difieren de Tenesaca y Tigre (2021), quienes reportaron predominio de autocuidado deficiente (64,9%). Asimismo, Simbaña y Acurio (2023) identificaron estilos de vida desfavorables y limitaciones en hábitos alimenticios y conductas saludables en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

En el ámbito nacional, los resultados coinciden con los estudios de Chipana y Condezo (2021), así como de Arquíñego, Muñoz y Alcántara (2023), quienes resaltan que el fortalecimiento de la educación sanitaria mejora la adherencia terapéutica, los hábitos alimenticios y el control glucémico.

A nivel local; Cullcush y Luna (2021) encontraron que el 90% de los pacientes presentó autocuidado óptimo. Asimismo, Torres y Urtecho (2023) identificaron prácticas adecuadas de autocuidado, mientras que Martínez et al. (2024) reportaron un 92,8% de autocuidado adecuado, resultados similares a los obtenidos en la presente investigación

De tal manera también se pudo encontrar que un porcentaje presenta un autocuidado deficiente o inadecuado. Según la teoría de Orem, el paciente debe mantener comportamientos orientados a regular los factores que influyen en su autodesarrollo y en las acciones dirigidas a sí mismo, con el fin de preservar el autocuidado en beneficio de la vida, la salud y el bienestar; relacionando esta teoría a los resultados obtenidos podemos decir el adulto con diabetes mantiene buen cuidado de su niveles de glucosa, mantiene una dieta saludable, usa el adecuado calzado de zapatos; sin embargo aún se identificó deficiencia en su cuidado en cuanto dieta, cuidado de pies y calzados.

El cuadro N° 3 se muestra nivel de conocimiento y autocuidado de los adultos con diabetes mellitus se obtuvo como resultados que los pacientes con nivel de conocimiento alto obtuvieron un nivel de autocuidado alto con 61.2%, con aquellos que mostraron un conocimiento regular obtuvo un nivel de autocuidado de 53.6% y también se evidencio un bajo nivel de conocimiento que tiene 7.5% de autocuidado.

Mediante la aplicación de la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el grado de autocuidado en adultos con

diabetes mellitus, se obtuvo un valor de $\chi^2 = 53.33$, con 4 grados de libertad y una significancia de $p = 0,001$, valor inferior al nivel de significancia previamente establecido ($p < 0,05$).

Estos hallazgos coinciden con los estudios de Gonzales et al. (2021), Huamán y Ramos (2024), así como Córdova (2020), quienes determinaron una relación significativa entre ambas variables. Del mismo modo, Chipana y Condezo (2021), además de Arquíñego et al. (2023), concluyeron que un mayor nivel de conocimiento favorece el desarrollo de conductas saludables y prácticas adecuadas de autocuidado.

En el ámbito local, los estudios de Cullcush y Luna (2021), así como Torres y Urtecho (2023), corroboran también la existencia de una relación significativa entre ambas variables.

Sin embargo, los resultados difieren de lo reportado por Tenesaca y Tigre (2021), así como por Paredes, Díaz y Coronel (2024), quienes no encontraron relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y el autocuidado. Estas diferencias podrían explicarse por factores como el tamaño de muestra, contexto sociocultural, acceso a programas educativos y características propias de la población estudiada.

A partir de estos resultados, se evidencia una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado, motivo por el cual se procede a aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula. Asimismo, el coeficiente V de Cramer = 0,41 evidencia una relación de magnitud moderada, lo que sugiere que a medida que aumenta el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus, se incrementa el nivel de autocuidado en los adultos evaluados.

La presente investigación confirma que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en adultos con diabetes mellitus. Los resultados obtenidos, respaldados por la mayoría de antecedentes internacionales, nacionales y locales, evidencian que un adecuado conocimiento de la enfermedad permite desarrollar conductas saludables y prácticas de autocuidado favorables, contribuyendo así a un mejor control de la diabetes y a la prevención de complicaciones.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Predomino que los adultos con diabetes mellitus del Centro Yugoslavo, nuevo Chimbote; predominó un nivel de conocimiento alto sobre la enfermedad, evidenciado en el 66% de los participantes, lo que demuestra que la mayoría posee información adecuada respecto al manejo, tratamiento y prevención de complicaciones asociadas a la diabetes mellitus.
- Predomino que los adultos con diabetes mellitus del Centro Yugoslavo, nuevo Chimbote; predominó un nivel de autocuidado alto en el 54% de los pacientes evaluados, reflejando su autocuidado favorable y relacionadas con la alimentación saludable, adherencia al tratamiento, control glucémico y estilos de vida adecuados para el manejo de la enfermedad.
- Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus, según la prueba Chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 53.33$; $P = < 0.001$) evidenciando que un mayor conocimiento sobre la enfermedad favorece el desarrollo de mejores prácticas de autocuidado.
- Finalmente, se concluye que el fortalecimiento de programas educativos y estrategias de promoción de la salud contribuirá significativamente a mejorar el autocuidado y prevenir complicaciones en pacientes con diabetes mellitus.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuros investigadores desarrollar estudios adicionales concernientes a estas variables analizadas, dado que resulta fundamental determinar la eficacia de las estrategias sanitarias implementadas en los pacientes.
- Se sugiere a los profesionales responsables del programa de diabetes mellitus e hipertensión arterial implementar actividades participativas que integren a los miembros del núcleo familiar, con el propósito de fortalecer el soporte emocional y optimizar las prácticas de autocuidado.
- El profesional de enfermería debe promover la participación del equipo de salud en su conjunto para sensibilizar a la población respecto a la relevancia del autocuidado, orientado a la prevención de complicaciones futuras en la persona adulta.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abarca, M. L., Gil, M., & Zamora, A. (2012). Apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente diabético. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 20(5). <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-164.pdf>

Aguayo-Verdugo, N. V., & Orellana-Yañez, A. E. (2019). Intervenciones de enfermería en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que aumentan sus conductas de autocuidado: Revisión integrativa. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (36). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n36/1409-4568-enfermeria36-116.pdf>

Alayo, I., & Horna, J. (2013). *Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD Florencia de Mora Trujillo 2013* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego].

American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S1–S200. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>

Amores, V. (2013). *Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2* [Tesis de maestría, Universidad de Querétaro].

Ann Marriner, T. (1995). *Modelos y teorías en enfermería* (3.^a ed.). Mosby/Doyma Libros.

Arquiñego, H., Muñoz, E., & Alcántara, Y. (2023). *Nivel de conocimiento y autocuidado en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, Hospital Rezola de Cañete, 2023* [Tesis, Universidad Autónoma de Ica]. <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2594>

Aucay, O., & Carabajo, L. (2013). *Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N.º 1 Pumapungo, Cuenca–Ecuador 2013* [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca].

Coronel, E., & Díaz, L. (2024). *Nivel de conocimiento y el autocuidado en pacientes diabéticos adultos mayores atendidos en el puesto de salud Montegrande–Jaén, 2023* [Proyecto de tesis de pregrado, Universidad Nacional de Jaén]. <https://repositorio.unj.edu.pe/handle/20.500.14689/851>

Cortes-Giles, B. A., Lozano-Martínez, S. B., Gutiérrez-Gabriel, I., Pérez-Bandala, N. D., Bonilla-Becerril, A. S., & Sánchez-Pérez, C. (2024). Conocimiento sobre autocuidado de pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Familiar*, 31(4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=117908>

Cullcush Rivera Santos, D., & Luna Chuquicondor, V. (2020). *Conocimiento y autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2 de una institución de salud. Chimbote 2020* [Tesis, Universidad Nacional del Santa]. <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/3702/52224.pdf>

García, R., & Suárez, R. (1992). *La educación de pacientes diabéticos*. Editorial Ciencias Médicas.

Hernández, D. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala].

Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1110996>

Ministerio de Salud del Perú. (2022). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. <https://www.gob.pe/minsa>

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2024). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: A pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *The Lancet*, 404(10467), 2077–2093. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1)

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Pelcastre Neri, A., Reynoso Vázquez, J., López Pontigo, L., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). El Programa de *Enriquecimiento* Instrumental como una propuesta para intervención educativa en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y en sus familiares del ámbito cotidiano. *JONNPR*, 5(4), 365–467. <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3241>

Pousa Reis, M. (2017). *Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No. 8 de Aguascalientes* [Tesis, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://hdl.handle.net/11317/1257>

Rosales, M., & Martínez, L. (2022). Empoderamiento y autocuidado en pacientes con *enfermedades* crónicas: Una revisión *sistemática*. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 30(1), e3456. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5896.3456>

Sánchez, J. (2014). Nivel de *conocimiento* sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes. *Cientifi-k*, 2(1), 36–43. <https://ojs.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/download/287/178>

Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). *Global* estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1), 4–14.

Silva, A. M., Ríos, J. A., & Pérez, F. J. (2020). Relación entre conocimiento y autocuidado en personas con enfermedades crónicas. *Revista Ciencia y Salud*, 18(2), 45–52. <https://doi.org/10.15332/rcs.v18i2.2345>

Tello, M. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión*.

Tello, N. (2014). *Conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y autocuidado en el servicio de endocrinología del Hospital María Auxiliadora-2012* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

World Health Organization. (2021). *Self-care for health: A handbook for diabetes management*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342343>

VI. ANEXOS



ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO

INFORMADO

La presente investigación está siendo desarrollada por Nelsy Cinthia Pinedo Cruzado y Carolina Lilibeth Silva Quiroz, con la orientación de un docente de la Universidad Nacional del Santa.

En caso de aceptar participar en este estudio, se me solicitará completar un cuestionario que tomará aproximadamente 10 minutos de mi tiempo.

Mi participación es completamente voluntaria. Toda la información recogida será tratada de forma confidencial y se utilizará únicamente con fines relacionados a esta investigación.

Los cuestionarios serán anónimos y se codificarán mediante un número de identificación. En caso de que sea necesario revelar mi identidad, esto solo se realizará con mi consentimiento expreso y por escrito.

Si durante el desarrollo del estudio tuviera alguna inquietud, podré realizar todas las preguntas que considere necesarias. Además, tengo la libertad de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello implique consecuencia negativa alguna. Si alguna de las preguntas me causa incomodidad, podré notificarlo al responsable del estudio y optar por no responderla.

Agradezco su disposición a participar.

Yo, _____, declaro que otorgo mi consentimiento para participar en este estudio, entendiendo que mi participación es totalmente voluntaria.

He recibido una explicación verbal sobre el estudio y comprendo la información proporcionada por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver mis dudas.

Al firmar este documento, acepto que mis datos personales, incluyendo aquellos relacionados con mi salud física o mental, origen étnico o racial, podrán ser utilizados conforme a lo establecido en la hoja informativa del estudio.

Soy consciente de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos.

Recibiré una copia de este formulario de consentimiento, así como del documento informativo del estudio. También tengo derecho a solicitar información sobre los resultados una vez concluida la investigación. Para ello, puedo comunicarme con:

Nombre de los investigadores:

Nombre del Asesor:

Pinedo Cruzado Nelsy Cinthia

Ms. Rosas Guzmán, Inés

Concepción Silva Quiroz Carolina Lilibeth

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

Nombre y firma del participante

**CUESTIONARIO DEL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES
MELLITUS**

Elaborado por Pezo G. (2017) modificado por los autores Nelsy Cinthia Pinedo Cruzado y Carolina Lilibeth Silva Quiroz (2025)

I. PRESENTACION:

Este cuestionario es de carácter personal y anónimo, y se utilizarà en el marco de un proyecto de investigación titulado “Nivel de conocimiento y su relación con el nivel autocuidado en adulto con diabetes, en un establecimiento de salud, Nuevo Chimbote 2025”.

II. INFORMACION GENERAL:

Edad: ___ **Sexo:** M () F () **Grado de Instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior ()

III. INSTRUCCIONES:

A continuación, le presentamos un cuestionario sobre el “ Nivel conocimiento de la diabetes mellitus”. Le solicitamos su colaboración y agradecemos de antemano su participación. Antes de responder, lea cuidadosamente las preguntas y marque la respuesta correcta con una "X".

CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS

1. ¿Qué es la diabetes mellitus?

- a) Enfermedad, caracterizada por aumento de los niveles de glucosa en la sangre.
- b) Infección, cuyo síntoma es aumento de la temperatura.
- c) Alergia, causada por aumento en la micción.
- d) Es una enfermedad pasajera.

2. La diabetes mellitus es una enfermedad:

- a) Es Curable
- b) No es curable
- c) No es peligrosa

- d) Solo es pasajera
3. ¿La diabetes mellitus se controla con?
- a) Control médico, dieta, tratamiento y ejercicios.
 - b) Un consumo de carbohidratos en exceso.
 - c) No realizar ejercicios.
 - d) Consumo alto de grasas y carbohidratos.
4. ¿El paciente con diabetes mellitus debe consumir?
- a) Normal de azúcar.
 - b) Bajo de azúcar.
 - c) Alto de azúcar.
 - d) Nada de azúcar.
5. ¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la diabetes mellitus?
- a) Son: la sed, hambre, necesidad frecuente de orinar y pérdida de peso.
 - b) La necesidad frecuente de orinar, fiebre, sueño
 - c) Sed, sudoración, fiebre.
 - d) El hambre, la fiebre, la tos.
6. ¿Cómo se diagnostica la diabetes mellitus?
- a) Con Radiografía.
 - b) Con la Prueba de glucosa en sangre.
 - c) Con Biopsia.
 - d) Solo con los síntomas.
7. ¿Cuál es el nivel normal de azúcar en la sangre en ayunas?
- a) De 110 – 180 mg/dl.
 - b) De 40 – 80 mg/dl.
 - c) De 80 – 100 mg/dl.
 - d) De Mayor de 150 mg/dl.
8. ¿Se considera “diabetes” cuando el valor de azúcar en la sangre en ayunas es?
- a) Desde 100 mg/dl a más
 - b) Desde 126 mg/dl a más
 - c) Desde 180 mg/dl a más
 - d) Desde 200 mg/dl a más

9. ¿Los factores de riesgo de la diabetes mellitus son?
- a) El peso excesivo, depresión, escasa actividad, consumo de sal.
 - b) La obesidad, presión alta, edad, dieta alta en carbohidratos, grasas y antecedentes familiares.
 - c) El bajo peso, escasa actividad física, dieta baja en carbohidratos y grasas, antecedentes familiares.
 - d) Bajo nivel económico y cultural.
10. ¿Qué hábitos debe evitar el paciente con diabetes mellitus?
- a) No hacer ejercicio
 - b) Tomar bebidas azucaradas, alcohol, fumar tabaco y llevar vida sedentaria.
 - c) Comer frutas, verduras.
 - d) No lo sabe
11. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus?
- a) Obesidad, piel reseca, fatiga.
 - b) Disminución de azúcar en sangre, pérdida de la vista
 - c) Disminución de azúcar en sangre, pérdida de la conciencia.
 - d) La pérdida de visión, enfermedad renal, falta de sensibilidad en miembros inferiores.
12. ¿Cuál es el tratamiento para la diabetes mellitus?
- a) La Insulina inyectable y/o antidiabéticos orales.
 - b) Los Antibióticos
 - c) Los Antihipertensivos
 - d) Los Analgésicos
13. ¿El medicamento para controlar la diabetes mellitus se debe administrar?
- a) Todos los días.
 - b) De manera Interdiario.
 - c) Solo cuando es necesario y con prescripción médica.
 - d) Una vez por semana.
14. ¿La insulina inyectable se administra en?
- a) En el antebrazo, glúteos, pecho.
 - b) En el antebrazo, muslos, abdomen.
 - c) En brazos, abdomen, muslos.
 - d) La vena solamente

SOLUCIONARIO DEL CUESTIONARIO DE “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS”:

INTEMS	RESPUESTAS CORRECTAS
1	A
2	B
3	A
4	B
5	A
6	B
7	C
8	B
9	B
10	B
11	D
12	A
13	C
14	C

El cual consta de 14 ítems, cada respuesta correcta tiene un valor de 1 y la incorrecta 0; se categorizo de la siguiente manera:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	
Alto	10 -14 puntos
Regular	5 - 9 puntos
Bajo	0 – 4 puntos

ANEXO N°03
**ENCUESTA DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABTES
 MELLITUS**

Elaborado por Yana Pari L. (2018) y modificado por las autoras Nelsy Cinthia Pinedo Cruzado y Carolina Lilibeth Silva Quiroz (2025)

I. INFORMACION GENERAL:

Edad: __ **Sexo:** M () F () **Grado de Instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior ()

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, le estamos presentamos una encuesta sobre el nivel conocimiento de la diabetes mellitus. Solicitamos su grata colaboración y agradecemos de antemano su participación. Antes de responder, lea cuidadosamente las preguntas y marque la respuesta correcta con una "X".

A. REGIMEN ALIMENTICIO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Ingiere verduras tales como: la betarraga, el nabo, la zanahoria, y el zapallo			
2. Consume usted frutas como: la sandía, el plátano, las uvas y la piña.			
3. Con que frecuencia consume arroz y fideos, pan o papas fritas			
4. Toma bebidas alcohólicas en el día			
5. Ingiere productos de pastelería, bebidas azucaradas y comida chatarra			
6. Consume pescado			
B. ACTIVIDAD FISICA Y DESCANSO			
7. ¿Realiza ejercicios o caminatas habitualmente, al menos 3 veces por semana durante 15 minutos o más?			
8. ¿Mide su nivel de glucosa antes, durante y después de la actividad física?			

9. ¿Revisa usted sus pies para detectar heridas, cortaduras, hinchazón o enrojecimiento?			
10. ¿Consumo jugos o dulces cuando realiza ejercicios o caminatas?			
11. ¿Controla su peso por lo menos una vez al mes?			
12. ¿Realiza actividad física sin dejar pasar más de 2 días consecutivos?			
C. HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL - PIES.			
13. ¿Realiza la higiene diaria de sus pies y seca cuidadosamente?			
14. ¿Acude a un especialista cuando aparece un callo, herida o lesión en sus pies?			
15. ¿Inspecciona sus pies todos los días?			
16. ¿Usa zapatos cómodos para evitar heridas en los pies?			
17. ¿Utiliza medias de algodón que no le ajustan el pie?			
D. CONTROL DE GLICEMIA EN VALORES NORMALES			
18. ¿Controla sus niveles de glucosa todos días?			
19. ¿Lleva un registro diario de sus niveles de glucosa?			
20. ¿Toma los medicamentos recetados por su médico?			
21. ¿Acude puntualmente a sus citas programadas para el control con el médico o de enfermería?			
22. ¿Mantiene su glucosa dentro de los valores normales?			

SOLUCIONARIO DE LA ENCUESTA NIVEL DE AUTOCUIDADO SOBRE
DIABETES MELLITUS:

ITEMS	PUNTOS		
	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1	3	2	1
2	3	2	1
3	1	2	3
4	1	2	3
5	1	2	3
6	3	2	1
7	3	2	1
8	3	2	1
9	3	2	1
10	1	2	3
11	3	2	1
12	3	2	1
13	3	2	1
14	3	2	1
15	3	2	1
16	3	2	1
17	3	2	1
18	3	2	1
19	3	2	1
20	3	2	1
21	3	2	1
22	3	2	1

La encuesta clasifica el nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus según:

NIVEL DE AUTOCUIDADO	
BUENO	52- 66 puntos
REGULAR	38 - 51 puntos
MALO	22 – 37 puntos

ANEXO 4
EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

