

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO  
DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA, AÑO 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE  
LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA  
ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA, AÑO 2017**

**TESIS**

Presentada por:

**LIC. YENNY MARLENY GAMARRA RAMOS**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:

**Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
PRESIDENTA**

**Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar  
MIEMBRO**

**Lic. Esp. Elide Tipache Sotomayor  
MIEMBRO**

**Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo  
ASESORA**

## DEDICATORIA

A Dios, a mi padre Juan Pablo que me cuida desde el más allá, que de seguro estaría muy orgulloso de mis logros.

A mi madre Eladia, que me da su apoyo incondicional.

A mi familia: Verónica, Juan Carlos, Edison, Luis Alberto, hermanos que siempre están acompañándome.

A mi esposo Mijael y a mi hijo Mijael André a quienes con mucho cariño les dedico el presente estudio.

**Yenny Marleny**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la fuerza necesaria y mantenerme en pie en cada momento de la vida.

A mis docentes universitarios y amigos por darme la fuerza para continuar adelante, aunque a veces hay momentos de declinar, pero son los amigos y familiares que no permiten que esto suceda y así poder culminar con la tesis.

A mi asesora que me impulso a culminar este proyecto de tesis, Mgr. Maria Lourdes Vargas Salcedo.

Al Hospital Hipolito Unanue de Tacna y a los pacientes que participaron activamente en esta investigación.

**Yenny Marleny**

## ÍNDICE

	Pag.
0	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Fundamentos y formulación del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación	5
1.5. Formulación de la Hipótesis	6
1.6. Operacionalización de Variables	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.2. Bases teóricas	22
2.3 Definición conceptual de términos	22

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	41
3.2. Población y muestra	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.4. Procedimiento de recolección de datos	45
3.5. Procesamiento de datos	46
3.6. Consideraciones éticas	46
CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados	49
4.2. Discusión	61
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1</b>	Características personales del paciente diagnosticado con diabetes mellitus. Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017. <b>52</b>
<b>Tabla 2</b>	Características de la enfermedad del paciente diagnosticado con diabetes mellitus. Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017. <b>54</b>
<b>Tabla 3</b>	Nivel de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad HHUT, año 2017. <b>56</b>
<b>Tabla 4</b>	Manejo de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad HHUT, año 2017. <b>58</b>
<b>Tabla 5</b>	Manejo de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, según dimensiones HHUT, año 2017. <b>60</b>
<b>Tabla 6</b>	Relación entre el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017. <b>63</b>

## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico N° 1</b>	
Nivel de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito, año 2017	<b>57</b>
<b>Gráfico N° 2</b>	
Manejo de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017	<b>59</b>
<b>Gráfico N° 3</b>	
Manejo de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad según dimensiones.	<b>62</b>

## RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017. El estudio fue cuantitativo, transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida 182 pacientes diabéticos que acuden al Programa de Diabetes, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre el Nivel de conocimiento y sobre el manejo de la enfermedad. Los resultados fueron: Los pacientes diabéticos se caracterizan por ser adulto (48,35%), de sexo femenino (75,82%), con grado de instrucción primaria (26,37%) y secundaria (36,82%), si tienen seguro (79,12%), el IMC es normal (27,4%), el tiempo de evolución de la enfermedad es menor de 5 años (55,49%), no presentan otras patologías asociadas (64,29%) y según el perímetro abdominal en los varones (45,45%) y en las mujeres (68,84%) presentan un riesgo bajo de enfermar. En el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, presentan un nivel medio (99,50%) y el Manejo de la enfermedad es inadecuado (78,02%). Se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de la enfermedad.

**Palabras clave:** Conocimiento de Diabetes, Manejo de la enfermedad.

## **ABSTRACT**

The objective was to determine the level of knowledge about Diabetes Mellitus and disease management in patients diagnosed with this disease in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna, year 2017. The study was quantitative, transversal, not experimental. The sample consisted of 182 diabetic patients who attended the Diabetes Program, to whom a questionnaire was applied on the level of knowledge and on the management of the disease. The results were: Diabetic patients are characterized by being an adult (48,35 %), female (75,82%), with primary (26,37%) and secondary (36,82%), have no insurance (79,12%), the BMI is normal (27,4%), the time of evolution of the disease is less than 5 years (55,49%), they do not present other associated pathologies (64,29%) and according to the abdominal perimeter in men (45,45%) and in women (68,84%) have a low risk of getting sick. In the level of knowledge about Diabetes Mellitus in the patients diagnosed with this disease, they present a medium level (99,50%) and the Management of the disease is inadequate (78,02%). It is concluded that there is no statistically significant relationship between the level of knowledge and the management of the disease

**Keywords:** Knowled of Diabetes, Management of the diseas

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes es una enfermedad crónica y silenciosa que afecta a la mayor parte de la población, considerando como tal cuando el paciente suele presentar los signos y síntomas característicos de la enfermedad, es un problema salud publica ocasionado por estilos de vida poco saludables, y que muchas veces cursan con hipoglicemia o hiperglicemia asociada a una patología.

El presente trabajo de investigación titulado Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, la muestra estuvo constituida por 182 pacientes diabéticos que acuden al Programa de Diabetes, a quienes se aplicó el instrumento sobre Nivel de conocimiento de la diabetes y el manejo de su enfermedad.

La diabetes mellitus es una causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, es una enfermedad que deteriora la salud del paciente, y las complicaciones dañan el estado neurológico del paciente y la calidad de vida.

La prevalencia de la Diabetes va en aumento y su cuidado en el cumplimiento de su tratamiento se ve afectada por muchos factores y sobre

todo por tener un manejo inadecuado con respecto a su enfermedad. Por ello el conocimiento de la Diabetes es importante sobre el manejo de su enfermedad.

El presente trabajo de investigación está organizado en 4 capítulos; en el I Capítulo corresponde al planteamiento del problema, en el II Capítulo: el marco teórico, en el III Capítulo: la metodología de la investigación y en el IV Capítulo: se plantean los resultados y discusión; así mismo se consideran las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. Fundamentos y formulación del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. A nivel mundial, se estima que más de 346 millones de personas tienen diabetes, y este dato se duplicará y se convierta en la séptima causa mundial de muerte para el año 2030, si la tendencia actual continúa y se calcula que las muertes por diabetes aumentarán más de un 50% en los próximos 10 años (1).

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años (2). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América Latina y el Caribe el número anual de defunciones causadas por Diabetes Mellitus en el 2010 se estimó en 339 035, representando una pérdida de 757 096 años descontados de vida productiva entre las personas menores

de 65 años. La discapacidad permanente causó una pérdida de 12 699 087 años y de más de US\$ 50 000 millones, y la discapacidad temporal entrañó una pérdida de 136 701 años en la población activa y de más de US\$ 763 millones. La insulina y la medicación oral estimaron un gasto de US\$ 4 720 millones, las hospitalizaciones US\$ 1012 millones, las consultas US\$ 2 508 millones, y la atención requerida por las complicaciones US\$ 2 480 millones. El costo anual total asociado a la diabetes, según las estimaciones, sería de US\$ 65 216 millones (directos: US\$ 10 721 millones; indirectos: US\$ 54 496 millones) (3).

La epidemia de diabetes mellitus tiene importantes repercusiones sanitaria y socioeconómicas, sobre todo en los países en desarrollo (4).

La prevalencia de diabetes en el Perú se estima en 7% (un millón doscientos mil peruanos), sin embargo, solo el 2,9% refiere conocer su condición con diagnóstico médico y está controlada. (1).

Las personas que son diagnosticadas por primera vez con diabetes en los servicios, el 22% tiene alguna complicación (1).

En el 2015 en Tacna, se resalta que la mortalidad por Diabetes Mellitus tiene un incremento de 45,7% con relación al año 2012, continúan siendo un problema de salud pública regional de gran impacto, no por la magnitud sino por la severidad en que se presenta la enfermedad, generando discapacidad en gran parte de la población. Llama la atención que, en la

Diabetes, las mujeres resultaron más afectados (60%) que los hombres, mientras que, en la tuberculosis, los hombres (57,4%) resultaron más afectados que las mujeres (5).

En Tacna la prevalencia es de 7.2% de diabetes en la población tacneña que representa unos 20 mil habitantes de éstos sólo el 40% se efectúa un control o sabe que tiene dicho padecimiento, algunos solo lo evidencian cuando ya han pasado más de 10 años y presentan complicaciones que hacen evidente el mal (5).

En el hospital Hipólito Unanue de Tacna los pacientes que acuden al Programa de Diabetes son pacientes ya diagnosticados de esta enfermedad, que diariamente acuden por una atención o por su control periódico, de los cuales se evidencian casos nuevos y otros con complicaciones de la vista, con infecciones urinarias, con pérdida de peso, mal nutridos y muchos de ellos no tiene buen manejo de su enfermedad, la familia poco participa en el cuidado de la salud y el cuidado de salud se ven deteriorados, muchos de ellos abandonan el tratamiento y sus estilos de vida poco saludables no ayudan a mejorar su salud, por ello el incremento de casos nuevos de diabetes que se presentan cada año.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Describir las características personales del paciente diagnosticado con diabetes mellitus, que acude al Programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017
- b) Medir el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.

- c) Identificar el Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.
- d) Describir el Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus, según dimensiones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.
- e) Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017

#### **1.4. Justificación**

En los últimos años se ha demostrado que la educación para los pacientes con Diabetes Mellitus, constituye un problema en el tratamiento de dicha enfermedad, se justifica porque a nivel mundial, nacional y regional es una de las 10 primeras causas de muerte, representado actualmente un problema de salud pública por sus elevadas cifras de morbilidad, mortalidad e invalidez, lo cual incide negativamente en el desarrollo social y económicamente del país.

En el momento del diagnóstico de la Diabetes Melitus se producen un impacto personal y familiar, requiriendo un manejo constante individual por parte de un grupo interdisciplinario con experiencia sobre la diabetes; permitiendo de esta manera demostrar la importancia de la educación y de la familia que tiene como fin participar en el tratamiento.

Así mismo se considera que para el Programa de Diabetes esta investigación va permitir establecer nuevas estrategias de intervención para el manejo adecuado de la Diabetes y así evitar mayores complicaciones y riesgos de salud; mejorando el nivel de conocimiento sobre Diabetes, proporcionando información de una manera adecuada acerca de sus malos hábitos y enseñando la forma de cambiar esas conductas y comportamiento poco saludables para la salud. Por lo tanto, el paciente diabético con las orientaciones y manejo adecuado por el equipo de salud van a controlar la diabetes y van prevenir complicaciones que ponen en riesgo su salud y evitar la incidencia de pacientes complicados en su fase aguda ejemplo cetoacidosis diabética que acuden al servicio de emergencia.

### **1.5. Formulación de la Hipótesis**

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017

## 1.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p><b>Variable Independiente:</b> Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos</p>	<p>Es el grado de información adquirida por el paciente sobre la diabetes mellitus: en cuanto a la enfermedad, factores de riesgo y complicaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre la enfermedad</li> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Complicaciones</li> </ul>	<p>Definición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Glucosa</li> <li>• Tratamiento con Insulina</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Antecedentes familiares</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Hipoglicemia</li> <li>• Hiperglicemia</li> <li>• Retinopatía</li> <li>• Nefropatía</li> <li>• Neuropatía</li> <li>• Arteriopatía periférica</li> </ul>	<p>Nivel de conocimiento:</p> <p>Alto : 58 -71</p> <p>Medio : 43-57</p> <p>Bajo : 28 -42</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable Dependiente</b>  Manejo de la enfermedad en pacientes diabéticos	Es un procedimiento de autocuidado con abordaje terapéutico multidisciplinario, centrado en el paciente, que incluyen cambios en el estilo de vida: nutricional, ejercicio, control periódico, estado psicosocial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento nutricional</li> <li>• Realiza ejercicio</li> <li>• Tratamiento farmacológico</li> <li>• Control periódico al Programa</li> <li>• Estado psicosocial</li> </ul>	Adecuado Inadecuado  Adecuadamente Inadecuadamente  Participación activa y Tipos de tratamientos: Adecuadamente Inadecuadamente  Adecuada Inadecuadamente  Actitud en el manejo de la Diabetes , Factores emocionales y Apoyo social: adecuadamente inadecuadamente	Manejo de La Enfermedad:  Adecuado : 58-86  Inadecuado : 29-57

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **A nivel Internacional:**

**Pousa, M.** (6) realiza un estudio de investigación sobre “El nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF N° 8 de Aguas Calientes, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016. Su objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pacientes diabéticos. Los resultados fueron: el nivel de conocimiento sobre autocuidado no es adecuado; encontramos mayor participación con pacientes del sexo femenino con un porcentaje de 52,55% y el sexo masculino de 47,44%. Se encontró que la edad promedio de los pacientes que participaron en este protocolo fue de 54,6 años y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 12,18 años. Concluye que el nivel de conocimiento no es adecuado sobre autocuidado en los pacientes diabéticos tipo 2.

**Rocha, E y Yanchapaxi, J.** (7) realizaron un estudio de investigación sobre “Relación de los niveles de hemoglobina glicosilada y los hábitos alimenticios, estilo de vida y estado nutricional de los pacientes

diabéticos del hospital general Santo Domingo en el periodo de mayo-septiembre en Ecuador año 2015”. El objetivo fue medir HbA1c mediante registros bioquímicos, los hábitos alimenticios se recogieron con una encuesta nutricional y también se les tomó mediciones antropométricas para obtener su estado nutricional. Los resultados muestran que hábitos alimenticios, estilo de vida y estado nutricional inciden dentro de los niveles de HbA1c, pues resultan alterados en la mayoría de la población de estudio. Concluyendo que existe relación entre el nivel de HbA1c y los hábitos alimentarios, estilo de vida y estado nutricional.

**Giménez, M. (8)** realizó un trabajo de investigación sobre El Nivel de conocimiento en pacientes Diabéticos tipo 2. - Eficacia de una Estrategia Educativa, realizada en Valencia - Universidad Cardenal Herrera CEU, Facultad de Ciencias de la Salud en España en el año 2013. Concluyendo que la intervención educativa grupal en los pacientes diabéticos tipo 2, ofrece mejorías en el nivel de conocimientos sobre su enfermedad. No podemos decir que se relacione el tiempo de la enfermedad con los conocimientos de su enfermedad crónica. Se identificaron factores de riesgo cardiovascular como Hipertensión, Dislipemia y Obesidad.

**Gonzales, E.** (9), realizó un trabajo de investigación sobre lo que se conoce y se enseña sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y la calidad del plan educacional que le brinda al mismo el médico tratante en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula, en Guatemala en el año 2013. Los resultados fueron: que el 88% de los pacientes evaluados, presentaron un nivel inadecuado, el 5% un nivel intermedio y sólo el 7% presentó un nivel adecuado, por lo que concluyen que los pacientes diabéticos necesitan un trabajo educativo para lograr mayores conocimientos sobre su enfermedad.

**Clavijo, G** (10), realizó un estudio de investigación sobre Conocimientos de la población sobre la Diabetes y su prevención en el Barrio de Quijarro en la provincia cercado de la ciudad de Cochabamba en Bolivia en el año 2011. Se concluye que la población femenina tiene un mayor riesgo de poder presentar Diabetes, al igual que la población por encima de los 30 años, debido a que no conocen los factores que predisponen la enfermedad y/o no toman las precauciones necesarias.

**Bustos, R; Gildo, R y colaboradores** (11), realizaron un estudio de investigación sobre “Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes diabéticos hospitalizados y de consulta ambulatoria del occidente de México año 2011”. Concluyendo que los pacientes diabéticos de

consulta externa tuvieron significativamente más conocimientos sobre su enfermedad que los hospitalizados.

**Martínez, L.** (12) realizó un estudio de investigación sobre “Manejo farmacoterapéutico de diabéticos tipo II con complicaciones agudas de la diabetes ingresados al hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez enero-diciembre en Nicaragua año 2011”. Cuyo objetivo fue valorar el manejo fármaco-terapéutico de los pacientes diabéticos tipo II previo a su ingreso al hospital de referencia nacional. Los resultados fueron: La causa más frecuentemente asociada a estas complicaciones fue el manejo fármaco-terapéutico inadecuado (65%). Por tanto, se concluyó que la elección inadecuada de los tratamientos antidiabéticos y no antidiabéticos tiene una enorme relación e impacto en la aparición, evolución y desenlace de complicaciones agudas de la diabetes.

**Hernández, J y Licea, P.** (13) realizan un estudio de investigación sobre el “Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus” en la Habana – Cuba 2010, su objetivo principal es discutir los aspectos más relevantes del papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus., donde concluyen: que el ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus, incluso en su prevención.

### **A nivel Nacional:**

**Domínguez, M y Flores, L (14)** realizaron un estudio de investigación sobre Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional II –2, Tumbes- Perú año 2016. Concluyendo que el 60,71 % presentaron un nivel bueno de conocimiento sobre su enfermedad; el 71,42 % presento practicas positivas de los estilos de vida y que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida en pacientes diabéticos internados en el servicio de medicina del Hospital Regional II –2 durante el periodo de enero a julio del 2016; un mejor nivel de conocimiento de la enfermedad se relaciona con prácticas positivas de los estilos de vida y viceversa un menor nivel de conocimiento se relaciona con prácticas negativas de los estilos de vida.

**Aparicio, J. (15)** realizó un estudio de investigación sobre Relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en los pacientes diabéticos de 40 a 60 años del Hospital de Ventanilla en Lima- Perú en febrero-abril 2016, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento en la práctica de autocuidado en los pacientes diabéticos de 40 a 60 años. Conclusiones: se evidenció que los

pacientes diabéticos presentaron un nivel de conocimiento regular y práctica de autocuidado inadecuado.

**Melgarejo, N.** (16), realizó un trabajo de Investigación sobre el Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, 2012 en Lima, Perú. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes tipo 2 fue intermedio. El nivel de información que tienen los pacientes con Diagnóstico de Diabetes Tipo 2, respecto a las causas de su enfermedad, y en torno a las medidas preventivo promocionales fue intermedio. El nivel de información de los pacientes con Diabetes Tipo 2 acerca de las complicaciones agudas y crónicas a las que conlleva su enfermedad fue inadecuado.

**Cruz, D.** (17) realiza un estudio de investigación sobre el Conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno- Perú año 2015. Con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Las conclusiones fueron que existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad y la Práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

**Noda, J y colaboradores** (18), realizaron un trabajo de investigación sobre Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales en Lima Perú en el año 2012. Sus resultados fueron que: todos los pacientes conocían el nombre de su enfermedad, pero sólo 38,71% sabía en qué consistía. El 16,13% de los pacientes piensa que es una enfermedad curable y 48,4% conocía los factores que descompensan su enfermedad. El 9,68% tenía el conocimiento adecuado de las posibles complicaciones de la DM y 22,6% conocía adecuadamente las complicaciones que presentaban. El 71% conocía la medicación recibida y 58,1% sabía que el tratamiento era de por vida. Sobre el tratamiento no farmacológico, 51,6% conocía las medidas adecuadas. El 29,03% había sido hospitalizado por hipoglicemia, y sólo el 12,9% conocía que era una complicación del tratamiento. El 25,8% conocía los niveles de sus glicemias durante la hospitalización. Tres (9,7%) pacientes no contaban con apoyo familiar. Un paciente pertenecía a un club de diabetes. El 41,9% de los pacientes indicó que sus conocimientos los obtuvo del personal no médico. El 12,9% de los pacientes tenía nivel de conocimientos sobre su enfermedad, adecuado 48,39% intermedio y 38,71% inadecuado.

**Méndez, C; Montero, F** (19), realizaron un estudio de investigación sobre “Prácticas de autocuidado y su relación con el Nivel de

información sobre Diabetes Mellitus y el apoyo familiar percibido por adultos diabéticos del Hospital Belén de Trujillo, en Perú año 2012". Los resultados encontraron que un porcentaje de (54.9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje (38.5%) presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de (6.6%) nivel de autocuidado malo.

**Malca, G y Quilcate, P** (20), realizan un estudio de investigación sobre Factores demográficos y la práctica de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Tomás La Fora de Guadalupe en Perú año 2012. Los resultados fueron que encontraron que el mayor porcentaje (55%) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de (37%) presentó un nivel de autocuidado regular y un porcentaje de (8%) presentó un nivel de autocuidado malo.

**Maqui, D y Vargas, C** (21), realizan un estudio de investigación sobre Conocimientos y Autocuidado en Adultos Diabéticos del Hospital Belén de Trujillo en Perú año 2009. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento en la mayoría de adultos el 48% tiene nivel de conocimiento regular, el 32% nivel de conocimiento deficiente y el 20 % nivel de conocimiento bueno. Respecto a la calidad de práctica de autocuidado el 58 % de adultos presentó nivel inadecuado. Existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la

calidad de práctica de autocuidado para la prevención del pie diabético en adultos que acuden regularmente al consultorio externo de endocrinología del Hospital Belén de Trujillo.

**Corbacho, K; Palacios, N y Vaíz, R.** (22) realizaron un estudio de investigación sobre “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus que pertenecen al Programa de Control de la Diabetes Mellitus del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2008”. E objetivo fue identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus. Concluyendo que se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida.

#### **A nivel regional:**

**Gil, L.** (23) realiza un estudio titulado “Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta previo diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011”, concluye que: casi todas las personas presentan un estilo de vida no saludable. En relación al factor biológico predomina el adulto entre 50 a 59 años, y el sexo femenino. En el factor cultural la mayoría presentan

secundaria completa y profesan la religión católica. En relación al factor social la mayoría son casados, ocupación ama de casa y comerciante; y tienen un ingreso económico menor que 100 nuevos soles mensuales. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales, al aplicar la prueba de independencia de criterios chi cuadrado con  $p > 0,05$ .

**Guzman, M. et al.** (24) realizan un estudio de investigación sobre el “Control glicémico, conocimientos y autocuidados de pacientes diabéticos 2 que asisten a sesiones educativas 2005”; estudio cuyo objetivo fue explorar el nivel de conocimientos y autocuidado del paciente diabético. EL resultado refleja que el grupo que prevaleció en el estudio fue el sexo masculino con 52%; además del estado civil con más frecuencia fue el de casado con 81% y el grado de escolaridad que predominó fue el primario con una duración de seis años con 64%. Teniendo en cuenta el nivel de autocuidado de los pacientes, es bueno en 49%, aceptable 14% y deficiente 6%.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Nivel de conocimiento sobre la Diabetes mellitus**

Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede recibir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente” (25).

El nivel de conocimiento es medible por la escala:

- Nivel muy bueno: cantidad de conocimientos absolutos relacionados a un tema.
- Nivel bueno: cantidad de conocimientos necesarios sobre un tema.
- Nivel regular: cantidad de conocimientos básicos, pero no necesarios de un tema.
- Nivel deficiente: no se tiene conocimientos básicos del tema

El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, es el grado de información adquirida sobre la enfermedad, factores de riesgo y las complicaciones

Las dimensiones del nivel de conocimiento sobre diabetes Mellitus son:

**Sobre la enfermedad:**

Definición: Diabetes

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina (26).

El control de la glucosa es la prueba del azúcar en la sangre se realiza con el glucómetro. También hay que indicarle en qué momento el nivel de azúcar está demasiado alto o bajo, para poder anticipar y prevenir estos problemas.

La insulina. Si el paciente se inyecta insulina, los profesionales de salud pueden informarle sobre la dosis a administrarse. El médico indicará sobre cuándo y cómo usar la insulina.

## Signos y síntomas

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

**Asintomáticos:** Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años) (27).

**Sintomáticos:** Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito (28).

Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética (29); dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica (30).

**Comorbilidades asociadas:** infecciones del tracto urinario a repetición.

La persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda) (31).

## Diagnóstico

### Criterios de diagnóstico

#### Cribado y detección temprana de diabetes mellitus tipo 2 (32)

Se recomienda el cribado de la glucosa plasmática como una parte más de la evaluación del riesgo cardiovascular en los adultos entre 40-70 años de edad que fueran obesos o tuvieran sobrepeso; o según lo indicado en las normas de valoración y tamizaje de factores de riesgo. Si los valores son normales, repetir cada 3 años. Considerar realizarlo a menores de 40 años si tienen historia familiar de diabetes, diabetes gestacional o síndrome de ovario poliquístico u otros según criterio médico. Si tiene un nivel glucémico anormal se debe dar consejos para promover intervenciones intensivas a base aplicar dietas saludables y fomentar el ejercicio físico.

#### Criterios de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Son:

- a. Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición.

El ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas.

La persona puede estar asintomática.

- b. Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
  
- c. Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra.

No se recomienda el uso de hemoglobina glucosilada para el diagnóstico de DM-2, debido a que en la actualidad es poco accesible en nuestro país, con una variedad de métodos para su determinación y por no existir aún la estandarización del método más apropiado para su medición en los laboratorios clínicos en el proceso diagnóstico. A medida que se implemente el proceso de control de calidad en los laboratorios para esta prueba, se podría utilizar.

#### Diagnóstico diferencial

Diabetes secundaria al uso de corticoides, diuréticos tiazídicos, entre otros.

Endocrinopatías: Hipertiroidismo hipercortisolismo, acromegalia, feocromocitoma. Enfermedad del páncreas exócrino.

Situaciones de estrés: Traumatismo grave, sepsis severa, infarto agudo de miocardio que pueden cursar con hiperglucemia. El diagnóstico se determinará cuando la situación de estrés se haya resuelto.

Pancreatitis, polidipsia psicógena, diabetes insípida.

### **Factores de Riesgo**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir de Diabetes. Existen determinados factores asociados al desarrollo de la diabetes. Algunos factores como la genética y la historia familiar, por ejemplo, están fuera de nuestro control para prevenir la enfermedad. Sin embargo, podemos cambiar los hábitos alimenticios, los niveles de actividad y el peso corporal para disminuir el riesgo de padecer diabetes. La pérdida de cinco kilos en una persona es suficiente para disminuir significativamente el riesgo de contraer la enfermedad (33).

Factores modificables:

- **Obesidad:**

Los investigadores observaron que por cada kilo de peso que ganaba la gente, aumentaba en 4.5% la probabilidad de desarrollar diabetes. Desde entonces ya se conocía la relación entre obesidad y diabetes, sin embargo, aún se desconocían los mecanismos

mediante los cuales el exceso de grasa en el cuerpo afecta la eficiencia de la insulina (33).

- Sedentarismo:

Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física con el riesgo a desarrollar DM-2 (34).

- Antecedentes familiares:

La diabetes tipo 1 y tipo 2 tienen causas diferentes. Sin embargo, dos factores son importantes en ambas. Se hereda una predisposición a la enfermedad y luego hay un elemento desencadenante en el entorno.

- Hipertensión arterial:

En los diabéticos que necesitan insulina, la hipertensión suele diagnosticarse años después del comienzo de la diabetes, cuando comienza a deteriorarse la función renal. Por el contrario, en la diabetes de la madurez, el diagnóstico de hipertensión se suele hacer a la vez o incluso antes que el de diabetes (33).

- Tabaco:

La exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebé al llegar a la adultez (35). Asimismo, el hábito de fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.

Así mismo los fumadores suelen presentar un aumento de las concentraciones en la sangre de insulina y poca acción de la insulina en los tejidos musculares, grasos y del hígado, además las personas que fuman tienen elevación del colesterol (grasa) malo (LDL), y esta elevación del colesterol es un factor de riesgo también para el desarrollo de diabetes tipo 2 (36). Se recomienda evitar el hábito de fumar porque incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.

- Alcohol

Existe mayor riesgo de diabetes por el consumo excesivo de alcohol, aunque se producen datos bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores (37).

## Complicaciones

- Hipoglicemia

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes. La hipoglucemia se define como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal. Algunas personas con diabetes pueden tener síntomas antes de alcanzar esta cifra debido a descensos rápidos y/o bruscos de la glucosa.

Clasificación:

1. Hipoglucemia severa: evento que requiere la asistencia de otra persona para administrar carbohidratos, glucagón u otras acciones correctivas.
2. Hipoglucemia sintomática documentada: evento en que los síntomas típicos de la hipoglucemia se acompañan de una glucemia  $\leq 70$  mg/dl.
3. Hipoglucemia asintomática: evento no acompañado de síntomas típicos de hipoglucemia, pero con una glucemia  $\leq 70$  mg/dl.

4. Probable hipoglucemia sintomática: evento en que los síntomas típicos de hipoglucemia no se acompañan de una determinación de glucemia pero que fue probablemente causado por una concentración de glucosa  $\leq 70$  mg/dl.
5. Pseudohipoglucemia: evento en el que la persona con diabetes reporta síntomas típicos de hipoglucemia con una glucemia  $>70$  mg/dl, pero cercana a ese nivel.

#### Cuadro Clínico

Los síntomas de hipoglucemia son inespecíficos y son de dos tipos: autonómicos y neuroglucopénicos.

Los síntomas autonómicos incluyen: temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación (mediada por catecolaminas) sudoración, hambre y parestesias.

Los síntomas neuroglucopénicos incluyen deterioro cognitivo, cambios de conducta, alteraciones psicomotoras y, a concentraciones de glucosa plasmática más bajas, convulsiones y coma.

- Hiperglicemia

Se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dl donde el grado de alteración metabólica es lo suficientemente severo como para justificar la hospitalización de emergencia, corrección inmediata con la hidratación e insulina con la finalidad de aumentar la probabilidad de una recuperación exitosa. Los síntomas y signos incluyen: polidipsia, poliurea, polipnea, pérdida ponderal, intolerancia oral (náuseas, vómitos), debilidad, postración, trastornos del sensorio, deshidratación, coma, taquicardia, hipotensión, respiración de Kussmaul (en la cetoacidosis diabética).

- Retinopatía

La retinopatía diabética es la enfermedad ocular diabética más común, ocurre cuando hay cambios en los vasos sanguíneos de la retina, a veces, estos vasos pueden hincharse y dejar escapar fluidos, o inclusive taparse completamente y en otros casos, nuevos vasos sanguíneos anormales crecen en la superficie de la retina (38).

- Nefropatía

La creatinina sérica deberá ser usada para estimar la tasa de filtración glomerular las cuales deberán ser evaluadas por lo menos anualmente en adultos con diabetes independientemente del grado de excreción urinaria de albúmina (39)

Se debe realizar anualmente una prueba para cuantificar la excreción urinaria de albúmina desde el momento del diagnóstico de la diabetes.

- Neuropatía (pie diabético)

Todas las personas con diagnóstico de DM-2 deben ser tamizados para polineuropatía distal simétrica al momento del diagnóstico y luego anualmente a través de pruebas clínicas. El tamizaje para síntomas y signos de neuropatía cardiovascular autonómica debe realizarse en el momento del diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Las pruebas clínicas para el diagnóstico de neuropatía distal simétrica incluyen:

- a) Exploración de la sensibilidad a la presión con el monofilamento de 10 gramos de Semmes-Weinstein.
- b) Exploración de la sensibilidad vibratoria en el dorso del primer dedo en ambos pies con un diapason de 128 Hz.

c) Reflejos osteo-tendinosos a nivel del tobillo.

- Artropatía periférica

La enfermedad arterial periférica ocurre cuando hay un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón. La causa de esta enfermedad es la arterioesclerosis.

El principal factor de riesgo de la enfermedad arterial periférica es el fumar, otros incluyen el envejecimiento y condiciones como la diabetes, colesterol alto, presión arterial alta, enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular (40).

### **2.2.2. Manejo de la Enfermedad en Pacientes Diabéticos**

Es un procedimiento de autocuidado con abordaje terapéutico multidisciplinario, centrado en el paciente, que incluyen cambios en el estilo de vida (nutricional, ejercicio), control periódico y estado psicosocial.

Las dimensiones del Manejo de la enfermedad en pacientes diabéticos son:

- **Dimensión cambios en el estilo de vida: tratamiento nutricional**

Es la indicación de una dieta sana y equilibrada basada en un plan de alimentación para la diabetes es una guía que le dice qué tipos de alimentos debe comer y en qué cantidad durante las comidas y como bocadillos. Un buen plan de alimentación debe amoldarse a su horario y hábitos de alimentación. Algunos recursos para planificar comidas incluyen el Método del plato, contar carbohidratos y el índice glucémico.

El plan adecuado de alimentación ayuda a controlar mejor su nivel de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol, además de mantener el peso apropiado. Si debe bajar de peso o mantener su peso actual, su plan de alimentación puede ayudar.

Las personas con diabetes deben prestar particular atención para asegurarse de que exista un equilibrio entre sus alimentos, insulina y medicamentos orales, y ejercicio, para ayudar a controlar su nivel de glucosa. Esto suena como mucho trabajo, pero el médico o nutricionista puede ayudar a crear un plan de alimentación que sea adecuado para el paciente; por que cuando se toma buenas decisiones con respecto a los alimentos mejorará su salud en general e incluso podrá prevenirse complicaciones como enfermedades del corazón y ciertos tipos de cáncer (41).

- **Dimensión cambio en el estilo de vida: Practica de ejercicio**

El ejercicio físico es una de las formas de tratamiento de la diabetes mellitus. El programa debe estar orientado a controlar la glucemia, el mantenimiento del peso ideal, mejorar la calidad de vida y evitar la aparición de posibles complicaciones. La práctica debe estar orientada al tipo diabetes, por que la actividad física ha demostrado beneficio en prevenir y tratar la DM-2, asimismo se ha demostrado su beneficio a largo plazo (42). La actividad física recomendada debe ser progresiva, supervisada y de manera individual, previa evaluación por personal médico calificado.

Los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc. (42), porque la actividad aeróbica debe practicarse en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo, dos veces o más por semana debe realizarse actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

En las personas mayores de 60 años debe considerarse lo siguiente:

- Con movilidad reducida debe realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio, tres días o más a la semana.
- Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deben mantenerse físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado (42).
- Se debe advertir a la persona sobre el riesgo de hipoglucemia durante la práctica del ejercicio físico sobre todo en personas que usan insulina y secretagogos de insulina, quienes deberán consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es menor de 100 mg/dl (43)
- Se sugiere realizar una evaluación inicial del riesgo previo a la actividad física utilizando el cuestionario PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire) de la Sociedad Canadiense para Fisiología del Ejercicio (Anexo N° 7: Cuestionario de actividad física) (43).

El protector del ejercicio se considera como la prevención de la resistencia a la acción de la insulina, y produciendo una mejor

acción de la insulina en los tejidos muscular, adiposo (grasa) y hepático (hígado).

- **Dimensión: Tratamiento farmacológico**

Participación activa

Varios estudios han intentado identificar qué tipo de pacientes diabéticos tienen mayores deseos de participación, llegando a la conclusión que los más jóvenes, con mayor nivel educativo y los que llevan más tiempo con la enfermedad sienten mayor deseo de control personal, pero las personas de mayor edad muestran generalmente menor interés en la participación (34-35). No obstante, está claro que la mayoría de los pacientes no quieren tomar todas las decisiones por sí solos. Longtin et al (44) afirman que las creencias, actitudes y comportamientos de los profesionales de la salud afectan en la participación del paciente, pero también la presencia de otras patologías además de la diabetes y de complicaciones pueden ser factores que afectan negativamente a la participación (34-35).

Tipos de tratamiento:

La insulina y otras medicinas para la diabetes suelen formar parte del tratamiento de la enfermedad, junto con la alimentación saludable y la actividad física, las medicinas pueden ayudar a

controlar la enfermedad, aunque haya otras opciones de tratamiento disponibles.

- **Dimensión: Realiza control periódico**

Controles

Según el Protocolo para la valoración inicial y seguimiento de la persona con DM-2 se considera:

1. Toda persona con diabetes debe ser controlada cada tres meses, pero puede ser mensual o más frecuente si el caso lo requiere, por ejemplo, cuando se está haciendo ajuste de la dosis en los medicamentos.
2. Persona sin antecedente de neuropatía.
3. Persona sin antecedente de retinopatía diabética.

- **Dimensión: Estado psicosocial**

Las variables psicosociales de la diabetes son: 1) depresión, ansiedad, miedo a la hipoglucemia, ansiedad relacionada con la sangre y las inyecciones; 2) otras alteraciones emocionales y conductuales; 3) dificultades cognitivas; 4) estrés, eventos y circunstancias estresantes de la vida; 5) las conductas de afrontamiento; 6) el cuadro clínico personal, el modelo personal de enfermedad; 7) los rasgos de la personalidad; 8) el apoyo

social, incluyendo el de la familia, el bienestar familiar; 9) la calidad de comunicación con el prestador de salud; 10) las variables sociodemográficas, el estado ocupacional, el nivel de educación, el nivel de ingresos, la discapacidad asociada con la enfermedad.

La actitud.

La actitud del paciente hacia la enfermedad tiene un efecto sobre su estado somático; por lo tanto, el resultado de la evaluación del grado y la naturaleza de la frustración social, la conducta de afrontamiento y su actitud hacia la enfermedad pueden ser utilizadas de manera preventiva para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Factores emocionales

La reacción emocional del paciente hacia la enfermedad y sus consecuencias, como el miedo, ansiedad, depresión, vergüenza, culpa, resentimiento e ira son emociones que pueden aparecer en diferentes estadios del proceso y pueden abarcar desde una reacción normal hasta un evento traumático a nivel psíquico.

El apoyo social

Una mayor percepción de apoyo se traduce en una mejor adherencia terapéutica (35-37), porque el apoyo social puede actuar como amortiguador, reduciendo la asociación entre la enfermedad somática grave y la depresión, y entre el estrés y el control glucémico deficiente.

### **Rol de la Enfermera en la Prevención de la Diabetes Mellitus**

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (45).

Cada profesional de enfermería, dentro de sus acciones preventivas cumple un rol importante en el cuidado del paciente diabético ya que realiza una serie de acciones dirigidas a los diferentes factores que favorecen o limitan el autocuidado del paciente en la prevención de complicaciones siendo una de ellas la educación mediante la cual promueve estilos de vida

saludables, mejorando su calidad de vida, contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad por la diabetes, por lo tanto ejercen un importante rol tanto en la prevención de la enfermedad como en la educación y atención a las personas aquejadas; su elevada prevalencia y morbilidad hace que todas tengan que proporcionar cuidados a personas con diabetes y/o sus familiares, con independencia de la especialidad o el nivel de atención donde realicen su trabajo.

Se reconoce la importancia que tiene la educación para la salud en estas personas, aunque existen desigualdades en la accesibilidad a la atención básica y elemental debido a distintos factores.

### **2..3 Definición conceptual**

- Nivel de conocimiento sobre diabetes Mellitus. - Es el grado de información sobre la Diabetes mellitus.
- Manejo de la enfermedad sobre diabetes Mellitus. - Es la manera como conduce la enfermedad de la diabetes mellitus.

- Diabetes Mellitus.- Es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica
- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus. - Son aquellos pacientes que a través de exámenes de laboratorio y manifestaciones clínicas se confirma la enfermedad.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

Esta investigación es descriptiva de corte transversal y correlacional. Descriptivo: porque describe las variables: nivel de conocimiento y manejo de la enfermedad a partir de la información recolectada de manera independiente. Transversal: la recolección de los datos se da en un momento dado. Correlacional porque permite el nivel de relación entre el conocimiento y el manejo de la enfermedad.

#### **3.2. Población y muestra**

La población estuvo conformada por 689 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, que acudieron de julio a setiembre del 2017, ya sean pacientes nuevos ó continuadores al Programa de Diabetes del HHUT.

El tamaño de muestra fue determinado según la formula estadística y está constituida por 182 pacientes (n- ajustada).

**Criterio de inclusión:**

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus
- Pacientes que desean participar del estudio

**Criterio de exclusión:**

- Paciente que no tiene diabetes mellitus diagnosticadas aún
- Paciente que no desea participar del estudio
- Paciente que tiene problemas para comunicarse.

**3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario, elaborado por la presente autora, con el propósito de obtener información sobre el conocimiento de la Diabetes mellitus y el manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad. (Ver Anexo A)

Para el nivel de conocimiento sobre diabetes se elaboró un cuestionario, con 34 preguntas y subpreguntas, el mismo que incluye una breve explicación de los objetivos de la investigación, manejo de la información y subraya la necesidad de responder con sinceridad a las interrogantes planteadas y considera las siguientes secciones:

- Una primera sección con datos generales como: sexo, edad, estado civil, trabajo, grado de instrucción, seguro, peso, talla, IMC, perímetro abdominal, tiempo de evolución de la enfermedad y antecedentes de otras patologías, con un total de 11 preguntas.
- Una segunda sección relacionada con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y complicaciones, con un total de 13 preguntas y sub preguntas relacionadas a las siguientes dimensiones: la enfermedad, los factores de riesgo y las complicaciones, estableciéndose una escala de valoración diferencial para determinar el nivel de conocimiento en cada una de estas dimensiones, elaborado por la presente autora.

De esta valoración finalmente se establece el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad:

Nivel de conocimiento alto : De 58 a 71 puntos

Nivel de conocimiento medio . De 43 a 57 puntos

Nivel de conocimiento bajo : De 28 a 42 puntos

- Una tercera sección relacionada con el nivel de conocimientos sobre el manejo de la enfermedad considerando las siguientes dimensiones: el tratamiento nutricional, práctica de ejercicio,

tratamiento farmacológico, control periódico y aspecto psicosocial, con un total de 10 preguntas y sub preguntas relacionadas al manejo de la enfermedad en pacientes diabéticos, estableciéndose también una escala de valoración diferencial para determinar el nivel de conocimiento en cada dimensión elaborado por la presente autora.

Escala de valoración:

Dimensiones	Manejo de la Enfermedad	
	Adecuado	Inadecuado
Tratamiento Nutricional	De 8 a 10	De 5 a 7
Práctica de Ejercicio físico	De 10 a 13	De 6 a 9
Tratamiento Farmacológico	De 5 a 7	De 2 a 4
Control Periódico	De 28 a 44	De 11 a 27
Aspecto Psicosocial	De 9 a 12	De 5 a 8

De esta valoración finalmente se establece el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre el manejo de la enfermedad:

Manejo de la enfermedad Adecuado : De 58 a 86 puntos

Manejo de la enfermedad Inadecuado : De 29 a 57 puntos

Posteriormente se realizó la prueba piloto aplicando el instrumento elaborado a 20 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que no constituyeron la muestra con similares características con el propósito de conocer la comprensión, practicidad y el tiempo programado para su administración, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad. El instrumento fue validado por 04 expertos en el tema: Profesionales 2 Endocrinólogos, un médico Internista y una enfermera jefa del programa de Diabetes, la confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo de Coeficiente de Confiabilidad Alfa-Crombach aplicando a la prueba piloto y determinando la confiabilidad del instrumento para la presente investigación.

#### **3.4. Procedimiento de recolección de datos**

Previa autorización de la Dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y del Jefe del Departamento de Enfermería se procedió a coordinar la aplicación del Instrumento elaborado para la presente investigación, este instrumento fue auto aplicativo, se identificó a los pacientes, se les explicó el objetivo de la investigación y el consentimiento informado y las instrucciones para su llenado, solicitándoles sean sinceros garantizándoles la confidencialidad de los

datos, y la duración de la administración tuvo como promedio de 15' a 20'

### **3.5. Procesamiento de datos**

Una vez obtenida la información se procedió a su revisión y/o clasificación, para ordenarlos y codificar los datos y de esta forma se elaboró la base de datos y se realizó el procesamiento estadístico con el informático para las Ciencias Sociales Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22, teniendo en cuenta de realizar previamente el control de calidad de la base de datos y el análisis descriptivo y bivariado y posteriormente se presentaron los datos en tablas y gráficos según objetivos planteados.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizò la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0,05$ .

### **3.6. Consideraciones éticas**

La investigación estuvo configurada bajo los siguientes principios esenciales:

1. El consentimiento informado, con base al conocimiento de los objetivos a obtenerse con la aplicación de los instrumentos de medición.
2. El principio de respeto a la dignidad humana se cumplió respetando la autodeterminación de los pacientes y el reconocimiento irrestricto de la información.
3. La autodeterminación del paciente fue de acuerdo con la decisión que ellos tomaron en forma voluntaria de su participación en el presente estudio.
4. En el cumplimiento del permiso de la privacidad, se cuidó el anonimato en cuanto a la información obtenida, estableciéndose el compromiso de confiabilidad de la información brindada.
5. El principio de autorización, tuvo en cuenta el consentimiento del paciente, después de una explicación clara y comprensiva sobre los objetivos de la investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados**

Se presentan objetivos e hipótesis planteados en las siguientes tablas y graficos.

**Tabla N° 1**  
**CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO**  
**CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL HIPOLITO UNANUE**  
**TACNA, AÑO 2017**

Caraterísticas Personales		N°	%
Edad	De 18 a 29 años	23	12,64
	De 30 a 59 años	88	48,35
	De 60 a más años	71	39,01
	Total	182	100,00
Sexo	Hombres	44	24,18
	Mujeres	138	75,82
	Total	182	100,00
Trabaja:	Si	138	75,82
	No	44	24,18
	Total	182	100,00
Grado de Instrucción	Superior	8	4,40
	Secundaria	67	36,82
	Primaria.	75	41,20
	Sin grado de Inst.	32	17,58
	Total	182	100,00
Cuenta con seguro	Con seguro	144	79,12
	Sin seguro	38	20,88
	Total	182	100,00

**Fuente:** Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus.aplicado a los pacientes con Diabetes Hospital Hipolito Unanue Tacna, año 2017

Elaborado por: Lic. Gamarra Y.

**Descripción:**

En la tabla N° 1 acerca de las características personales del paciente diagnosticado con Diabetes se observa: La edad el 48,35% son de 30 a 59 años de edad, el 39,01% son de 60 a más y el 12,64%, son de 18 a 29 años; en relación al sexo el 75,82 % son mujeres y el 24,18% son hombres, en cuanto al trabajo el 75,82% sí trabaja y el 24,18% no trabaja.

En relación al grado de instrucción el 4,4% tiene un grado de instrucción superior, el 36,82% tiene un grado de instrucción secundario, el 41,20% tiene un grado de instrucción primaria y el 17,58% no tiene grado de instrucción.

Asimismo, el 79,12% si cuenta con seguro integral de salud y el 20,82% no cuenta con seguro integral.

**Tabla N° 2**

**CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE  
DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE  
TACNA, AÑO 2017**

Características de la enfermedad		N°	%
Indice de masa corporal (IMC)	Delgadez III	7	3,85
	Delgadez II	5	2,75
	Delgadez I	50	27,47
	Normal	54	29,67
	Sobrepeso	41	22,53
	Obesidad I	25	13,73
Total		182	100,00
Tiempo de evolución de la enfermedad	Menor de 5 años	101	55,49
	De 6 a 10 años	57	31,32
	Mayor de 10 años	24	13,19
	Total	182	100,00
Presencia de otras patologías	No	117	64,29
	Si	65	35,71
	Total	182	100,00
Perímetro abdominal Varones:	Bajo	20	45,46
	Alto	8	18,18
	Muy alto	16	36,36
	SubTotal	44	100,00
Mujeres	Bajo	95	68,84
	Alto	21	15,22
	Muy alto	22	15,94
	SubTotal	138	100,00

**Fuente:** Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus. aplicado a los pacientes con Diabetes Hospital Hipolito Unanue Tacna, año 2017. Elaborado por: Lic. Gamarra Y.

**Descripción:**

En la tabla N° 2, se observa las características de la enfermedad del paciente diabético que acude al Programa de Diabetes. En cuanto al Índice de masa corporal (IMC) el 3,85% presenta delgadez III, el 2,75% presenta delgadez II, el 21,47% presentan delgadez I, el 29,67% tiene IMC normal, el 22,53% presenta sobrepeso, el 13,74% presenta obesidad I.

En relación al tiempo de evolución de la enfermedad el 55,49% tiene menos de 5 años, el 31,32% tiene de 6 a 10 años, el 13,19% más de 10 años.

Respecto a la presencia de otras patologías el 64,29% no presenta, el 35,71% sí presenta. En cuanto al perímetro abdominal se observa que en varones y en mujeres es bajo (varones 45,45% y mujeres 68,84% respectivamente).

**Tabla N° 3**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LOS  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
TACNA, AÑO 2017

Nivel Conocimiento	N°	%
Bajo	1	0,50
Medio	181	99,50
Total	182	100,00

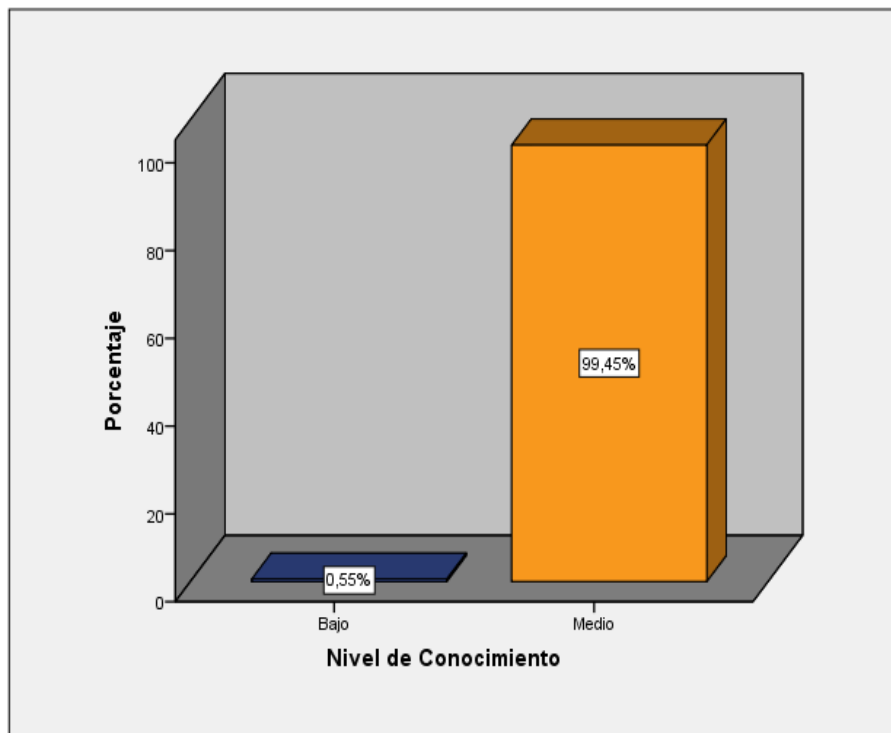
**Fuente:** Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus aplicado a los pacientes de Diabetes que acuden al Programa de Diabetes HHUT- 2017. Elaborado por: Lic. Gamarra Y.

**Descripcion:**

En la tabla 3, se observa que el 99,50% (181) de los pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento medio sobre la Diabetes Mellitus y sólo un 0,5 % (1) presenta un nivel de conocimiento bajo.

### Gráfico N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS EN LOS  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
TACNA-2017



Fuente: Tabla N° 3

**Tabla N° 4**

MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTE DIAGNOSTICADOS  
CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE TACNA,  
AÑO 2017

Manejo de la Enfermedad	N°	%
Inadecuado	142	78,02
Adecuado	40	21,98
Total	182	100,0

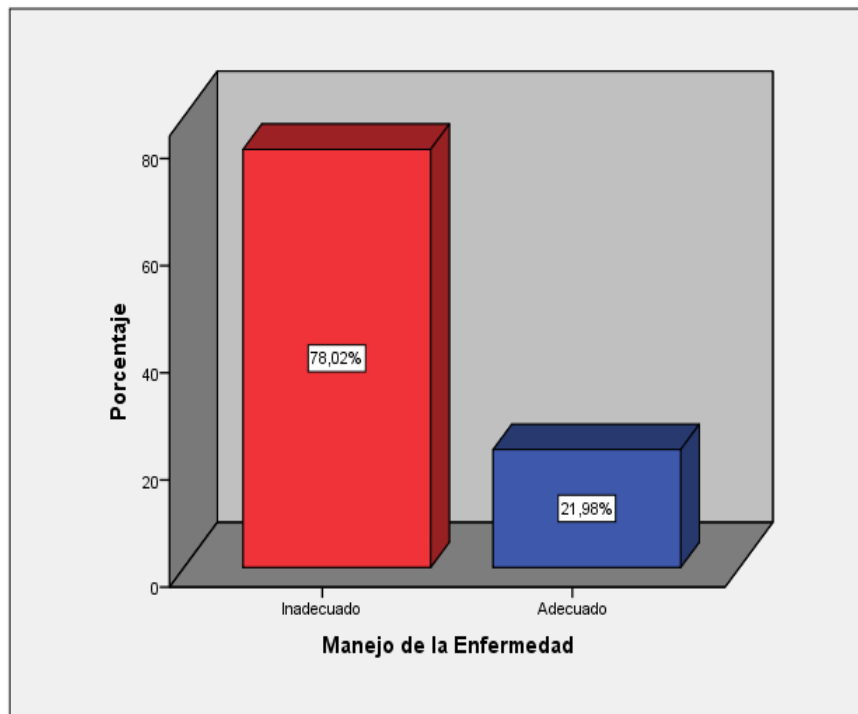
**Fuente:** Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus. aplicado a los pacientes con Diabetes en HHUT- 2017.  
Elaborado por: Lic. Gamarra Y.

**Descripción:**

En la Tabla N° 4, se observa que el 78,02% (142) de los pacientes diabéticos presentan un manejo de la enfermedad como inadecuado y un 21,98% (40) de los pacientes diabéticos presentan un manejo de la enfermedad como adecuado.

## Gráfico N° 2

MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
TACNA, AÑO 2017



Fuente: Tabla N° 4

**Tabla N° 5**

MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS,  
SEGÚN DIMENSION HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE TACNA, AÑO 2017

Dimensiones	Manejo de la enfermedad	Manejo de la enfermedad	
		N°	%
Tratamiento nutricional	Inadecuado	119	65,38
	Adecuado	63	34,62
	Total	182	100,00
Práctica de ejercicio Físico	Inadecuado	37	20,33
	Adecuado	145	79,67
	Total	182	100,00
Tratamiento Farmacológico	Inadecuado	111	60,99
	Adecuado	71	39,01
	Total	182	100,00
Control Periódico	Inadecuado	178	97,80
	Adecuado	4	2,20
	Total	182	100,00
Estado psicosocial	Inadecuado	1	0,55
	Adecuado	181	99,45
	Total	182	100,00

**Fuente:** Cuestionario de Conocimiento sobre Diabetes Mellitus. aplicado a los pacientes de Diabetes que acuden al Programa de Diabetes HHUT- 2017. Elaborado por: Lic. Gamarra Y.

**Descripción:**

En la tabla N° 5, se observa el Manejo de la enfermedad. En la dimensión: tratamiento nutricional un 65,38% (119) de los pacientes diabéticos presentan un tratamiento nutricional inadecuado y un 34,62% (63) de los pacientes diabéticos presentan un tratamiento nutricional como adecuado. En la dimensión practicas de ejercicio fisico en un 79,67 % (145) de los pacientes diabéticos realizan practicas adecuadas y un 20,33 % (37) sobre la paracticas como inadecuado.

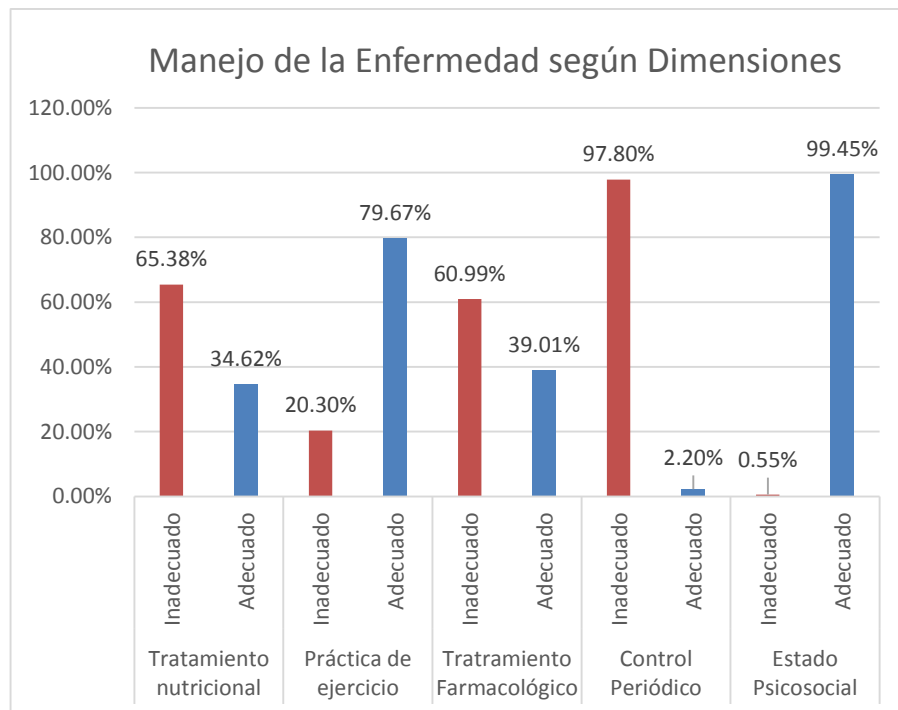
En la dimensión Tratamiento farmacológico en el 60,99 % (111) de los pacientes diabéticos el manejo del tratamiento farmacológico es inadecuado y en un 39,01 % (71) el manejo del tratamiento farmacológico es adecuado.

En la dimesión realiza control periódico en el 97,80 % (178) de los pacientes diabéticos presentan el manejo del control periódico inadecuado y un 2,20 % (4) presentan el manejo del control periódico adecuado.

Asímismo se observa en la dimensión aspecto psicosocial en un 99,45 % (181) de los pacientes diabéticos es adecuado y en 0,55 % (1) es inadecuado.

### Gráfico N° 3

MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD,  
SEGÚN DIMENSIONES HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE - TACNA,  
AÑO 2017



Fuente: Tabla N°05

**Tabla N° 6**

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - TACNA, AÑO 2017

Nivel de conocimiento sobre diabetes	Aplicación				Total		
	Inadecuado		Adecuado				
	n	%	n	%	n	%	
Bajo	1	0,50	0	0,0	1	0,50	$\chi^2 = 0,283$
Medio	141	77,50	40	22,0	181	99,50	1 gl $p = 0,595$
<b>Total</b>	142	78,02	40	21,98	182	100,0	No existe relación estadísticamente significativa

$$p = 0,595 > 0,05$$

**Descripción:** Se observa que del 100% (182), de los pacientes diabéticos, el 99,50% (181) obtuvieron un conocimiento medio, de los cuales el 77,50% (141) de los pacientes diabéticos aplican el Manejo de la enfermedad como inadecuado; y el 22,00% (40) lo aplican en forma adecuada.

De acuerdo a la aplicación de las pruebas estadísticas seleccionadas para la comprobación de las hipótesis planteadas, se obtuvo un valor  $p = 0,595$  es mayor al nivel previsto de  $\alpha = 0,05$  con la cual se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que no existe relación entre las variables.

## 4.2. DISCUSIÓN

- **Tabla N° 1**, Respecto a la edad se observa que el 48,35% de los pacientes diabéticos son de 30 a 59 años de edad y el 75,82 % son mujeres; el 75, 82% trabajan; y según el grado de instrucción el 41,20 % de los pacientes diabéticos tienen solo Primaria, seguido de un 36,82% tienen secundaria, el 79,12% si tienen seguro de salud.
- **Tabla N° 2**, Respecto al IMC, el 29,67% tienen IMC normal, el tiempo de evolución de la enfermedad el 55,49% tiene menor de 5 años, respecto a la presencia de otras patologías el 62,29 % no presenta y según el perímetro abdominal el 45,45% de los varones y el 68,84% de mujeres presentan un bajo riesgo de enfermar según la clasificación de la OMS (Riesgo de enfermar según el sexo y perímetro abdominal).

Estudios similares de Pousa, M. cuyos resultados fueron: el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2, no es adecuado; encontramos mayor participación con pacientes del sexo femenino con un porcentaje de 52.55% y el sexo masculino de 47,44%. Encontramos que la edad promedio de los pacientes que participaron en este protocolo fue de 54,6 años y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 12,18 años, se obtuvo que el tiempo de evolución tiene significancia estadística de 0.001

con respecto a nivel de conocimiento de tratamiento de la enfermedad (6).

Así mismo se asemeja al estudio de Clavijo, G. donde concluye que la población femenina tiene un mayor riesgo de poder presentar Diabetes, al igual que la población por encima de los 30 años, debido a que no conocen los factores que predisponen la enfermedad y/o no toman las precauciones necesarias (10).

Los resultados son coincidentes con el estudio de Gil, L. donde concluye que: casi todas las personas presentan un estilo de vida no saludable. En relación al factor biológico predomina el adulto entre 50 a 59 años, y el sexo femenino. En el factor cultural la mayoría presentan secundaria completa y profesan la religión católica. En relación al factor social la mayoría son casados, ocupación ama de casa y comerciante; y tienen un ingreso económico menor que 100 nuevos soles mensuales. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales, al aplicar la prueba de independencia de criterios chi cuadrado con  $p > 0,05$  (23).

Difieren del estudio de Guzmán, M. et al. cuyos resultados refleja que el grupo que prevaleció en el estudio fue el sexo masculino con 52% (24).

Es conveniente mencionar que en la población afectada es el adulto de sexo femenino, y un poco menos de la mitad presentan otras patologías asociadas; que a pesar de tener un IMC normal, son pacientes que aparentemente no se encuentran en riesgo, sin embargo el estar delgado o dentro de lo normal no indica que están bien internamente, no podremos decir si el colesterol, la Hemoglobina se encuentran dentro de lo normal; si no contamos con resultados que nos permitan evidenciarlo; ello si es un indicador que los pacientes son vulnerables para el manejo; respecto a una complicación que tuvieran. En cuanto al grado de instrucción tienen primaria seguido de secundaria y ello si influye con respecto al autocuidado de la salud; además de ello es necesario mencionar que tienen de evolución de su enfermedad es menor de 5 años, y menos de la mitad no cuentan con SIS debido a prestamos anteriores que han tenido y tienen detectado por el infarrus y los pacientes se encuentran aún más desprotegidos.

- **Tabla N° 3**, se observan los resultados del nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus, el 99,5% (181) presentan un nivel de conocimiento medio.

Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural “. “Es un conjunto integrado por

información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente” (25)

Se asemejan al estudio de Melgarejo, N. cuyas conclusiones fueron: El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes tipo 2 fue intermedio (16).

Pero difiere de Gonzales, E.; Los resultados fueron: que el 88% de los pacientes evaluados, presentaron un nivel de conocimiento inadecuado sobre Diabetes mellitus (9).

Difiere también de Bustos, R; Gildo, R y colaboradores, concluyendo; que los pacientes diabéticos de consulta externa tuvieron significativamente más conocimientos sobre su enfermedad que los hospitalizados (11).

Pero a que se debe que los pacientes presentan un nivel de conocimiento medio, será que el grado de instrucción de primaria no permite que exista otras alternativas para el manejo respecto a su salud, o salud sin riesgo de complicaciones. Además, es necesario destacar que los pacientes además de tener diabetes, un poco menos de la mitad presentan ya otras patologías asociadas en la etapa adulto maduro y el tiempo de evolución es menor de 5 años

con respecto a su enfermedad; lo que quiere decir que antes de llegar a esta etapa de adulto ; el manejo de la enfermedad no era saludable; por ello la población están enferma de diabetes y un poco menos de la mitad presentan ya otras patologías asociadas debido a un conocimiento medio que tuvieron o que tienen respecto a su enfermedad.

- **Tabla N° 4**, referente al Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus el 78,02% tiene manejo inadecuado.

El manejo de la enfermedad es un procedimiento de autocuidado con abordaje terapeutico multidisciplinario, centrado en el paciente, que incluyen cambios en el estilo de vida: nutricional, ejercicio; control periódico y estado psicosocial.

No se han encontrado estudios sobre el Manejo de la diabetes por el paciente diabético, pero si se han encontrado estudios de investigación sobre el autocuidado del paciente diabético con dimensiones similares al presente estudio de investigación.

Son similares al estudio realizado por Cruz, D. Al efectuar la relación entre conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilo de

vida, el 46% de los pacientes con diabetes tienen conocimiento no adecuado, con relación a su enfermedad y una práctica de estilo de vida desfavorable (17).

Difiere del estudio de Méndez, C; Montero, F. Los resultados encontraron que un porcentaje de (54,9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje (38,5%) presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de (6,6%) nivel de autocuidado malo (19).

Así mismo difiere del estudio de Malca, G y Quilcate, P. Los resultados fueron que encontraron que el mayor porcentaje (55%) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de (37%) presentó un nivel de autocuidado regular y un porcentaje de (8%) presentó un nivel de autocuidado malo (20).

Observamos que esta población presenta un manejo inadecuado respecto a su enfermedad y debido al conocimiento medio que tienen respecto a la enfermedad antes y durante su enfermedad con tiempo de evolución menor de 5 años; nos indica que han tenido un mal manejo de su enfermedad, debido a ello un poco menos de la mitad ya presentan otras patologías asociadas, como es problemas de hipertensión, de infecciones urinarias, problemas renales, etc.

Ello es muy preocupante en esta población, que además de presentar la diabetes un poco menos de la mitad ya presenta otras patologías asociadas. Y ello es motivo que se encuentran referidos para su atención al Programa de Diabetes por ser pacientes complejos y de manejo de especialidad; conformada por el endocrinólogo, nutricionista, psicólogo etc.

- **Tabla Nº 5**, sobre el Manejo de la enfermedad según dimensiones se tiene en la dimensión tratamiento nutricional, el manejo es inadecuado en un 65,38% y adecuado en un 34,62%, en la dimensión sobre el ejercicio físico, el manejo es adecuado en un 79,67% e inadecuado el 20,33%, en la dimensión tratamiento farmacológico, el manejo es inadecuado en un 60,99% y adecuado en un 39,01%, en la dimensión control periódico el manejo es inadecuado en un 97,80% y adecuado en el 2,20%, en la dimensión aspecto psicológico el manejo es adecuado en el 90,50 % e inadecuado en un 0,55%.

El médico o nutricionista puede ayudar a crear un plan de alimentación que sea adecuado para el paciente; porque cuando tome buenas decisiones con respecto a los alimentos mejorará su salud en general e incluso podrá prevenirse complicaciones como enfermedades del corazón y ciertos tipos de cáncer (41).

La práctica de ejercicio físico debe estar orientada al tipo diabetes, porque la actividad física ha demostrado beneficio en prevenir y tratar la DM-2, asimismo se ha demostrado su beneficio a largo plazo (42).

Para lograr un control adecuado y evitar la aparición de complicaciones, se requiere que la persona con Diabetes realice un tratamiento que contemple: la ingesta de medicación, una alimentación saludable y la práctica de actividad física en forma regular, todo ello acompañado con educación diabetológica, que es la piedra angular de los pilares básicos para el tratamiento de esta enfermedad.

Son similares al estudio de Rocha, E y Yanchapaxi, J. concluyendo que existe relación entre el nivel de HbA1c y los hábitos alimentarios, estilo de vida y estado nutricional; manifestándose estos niveles altos en la mayoría de la población con actividad física ligera, malos hábitos alimenticios, y sobrepeso (7)

Se asemejan también al estudio de Hernández, J y Licea, P. donde concluye: que el ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus, incluso en su prevención (13).

Así mismo se asemeja al estudio de Martínez, L. Los resultados fueron que la causa más frecuentemente asociada a estas complicaciones fue el manejo fármaco-terapéutico inadecuado (65%), revelando que este aumenta el riesgo de fatalidad y deficiencias en los conocimientos del prescriptor para seleccionar el tratamiento adecuado (12).

Pero difieren del estudio de Maqui, D y Vargas, C. quienes realizaron un estudio de investigación sobre “Conocimientos y Autocuidado en Adultos Diabéticos del Hospital Belén de Trujillo en Perú año 2009”. Los resultados fueron que el 42,1% tuvo autocuidado regular (21).

Difieren también del estudio de Noda, J y colaboradores, donde concluyeron que el 71% conocía la medicación recibida y 58,1% sabía que el tratamiento era de por vida (18).

La presente investigación nos evidencia el manejo de la enfermedad por los pacientes diabéticos, siendo inadecuados en las dimensiones del tratamiento nutricional, en tratamiento farmacológico, y control periódico.

Es necesario mencionar que al tener información a medias no es un indicador que llevara adecuadamente el manejo de la enfermedad; entonces se puede decir que la educación proporciona la información necesaria para mejorar el manejo de la enfermedad,

para un mejor control, tratamiento y por ende un buen manejo con respecto a su enfermedad.

Pero en esta población con grado de instrucción primaria, que aún no han culminado su instrucción, presentan problemas para comprender y llevar un buen manejo de su enfermedad. Sin embargo, refieren tener un conocimiento medio con respecto a la Diabetes. Tener un conocimiento a medio y un manejo inadecuado nos lleva a que el paciente se encuentre en riesgo de complicaciones más aun si presentan enfermedades asociadas. Es necesario que este grupo de población tenga un plan de alimentación que ayudará a los requerimientos nutricionales que necesita el paciente, cumplir con el tratamiento farmacológico para completar la adherencia terapéutica y el control es necesario para el manejo de su glicemia y de su enfermedad y más aun si tiene patologías asociadas.

- **En la Tabla N° 6**, se evidencia la correlación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, no encontrándose relación estadísticamente significativa con un p valor = 0,595; entre las variables de estudio.

Son similares al estudio de Aparicio, J. Las conclusiones fueron: se evidenció que los pacientes diabéticos presentaron un nivel de conocimiento regular y práctica de autocuidado inadecuado.(15).

Difiere del estudio de Domínguez, M y Flores, L. concluyendo que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida en pacientes diabéticos; un mejor nivel de conocimiento de la enfermedad se relaciona con prácticas positivas de los estilos de vida y viceversa un menor nivel de conocimiento se relaciona con prácticas negativas de los estilos de vida (14).

Difiere también del estudio de Corbacho, K; Palacios, N y Vaíz, R. (22), concluyendo que se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida (22).

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes diabéticos se caracterizan por ser un poco menos de la mitad adultos (48,35%), de sexo mujer (75,82 %) y trabajan (75,82%), menos de la mitad tienen instrucción primaria (41,20%), en su mayoría tienen seguro salud (79,12%) y en relación a las características de la enfermedad según el IMC menos de la mitad tiene sobrepeso y obesidad (36,26%), poco más de la mitad tiene menos de 5 años de tiempo de evolución de la enfermedad (55,49%) y más de la mitad (64,29%) no presentan otras patologías asociadas y según el perímetro abdominal menos de la mitad (45,45%) en los varones y más de la mitad (68,84%) en las mujeres presentan un riesgo bajo de enfermar según la clasificación de la OMS ( Riesgo de enfermar según el Perímetro abdominal).
2. En su totalidad de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, presentan un nivel de conocimiento medio (99,5%)
3. Respecto al manejo de la enfermedad en la mayoría de los pacientes (78,02%) es inadecuado.

4. El manejo de la enfermedad según dimensiones en su mayoría (79,67%) son adecuadas en el ejercicio físico y aspecto psicológico (99,45%); y son inadecuadas más de la mitad en tratamiento nutricional (65,38%), en el tratamiento farmacológico (60,99%) y en el control periódico en su mayoría (97,80%).
  
5. No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017; con un p valor de  $0,595 > 0,05$  entre las variables de estudio.

## RECOMENDACIONES

- Al equipo de salud del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna implementar otras estrategias de intervención para no solo mejorar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad sino sobretodo que ponga en práctica y asumir un mejor manejo de la enfermedad.
- Se sugiere al Programa de diabetes hacer el seguimiento a los pacientes diabéticos en relación a las dimensiones identificadas: en el tratamiento nutricional, tratamiento farmacológico y seguimiento del control. En el tratamiento nutricional se sugiere considerar el seguimiento nutricional e informe de los pacientes que no cumplen con el plan de alimentación. Así mismo en el tratamiento farmacológico se sugiere llevarse a cabo el control de medicamentos por farmacia e informar el reporte de los pacientes que han abandonado el recojo de sus medicamentos y en relación al seguimiento del control se realizará a través de visitas domiciliarias por el equipo de salud familiar; quien involucrará de manera activa a los familiares y/o al cuidador para el manejo de la enfermedad.

La familia tiene una gran responsabilidad sobre el manejo de la enfermedad en el paciente diabético, quien a su vez generalmente es el familiar directo quién se encuentra al cuidado del paciente y esta responsabilidad deberá atribuirse cambios en el estilo de vida nutricional: esto conlleva a que no solo el paciente deberá cumplir su dieta indicada sino toda la familia optará por un estilo de vida nutricional saludable, vigilancia y supervisión del tratamiento farmacológico, se debe incluir a la familia en el plan educacional del programa al menos 2 veces por año así toman conciencia de la importancia de cooperar dentro de casa y saber convivir con un paciente Diabético.

- Que el Programa de Diabetes considere dentro de su intervención educativa; las complicaciones que pueden presentarse por el incumplimiento del manejo inadecuado de la enfermedad y cómo evitarlas, las cuales son importantes para el manejo de su tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la diabetes. [Online].; 2012 [cited 2018 Agosto 05. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/facts/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. [Online].; 2012 [cited 2018 Agosto 05. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-pressreleases&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-pressreleases&Itemid=1926&lang=es).
3. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin American the Caribbean. [Online].; 2010 [cited 2018 Agosto 05. Available from: <http://www.who.int/bulletin/Barcelo0103.pdf>.
4. SECIEN. Primer Estudio Nacional de la Prevalencia de Diabetes. Sociedad Peruana de Endocrinología. 2012.
5. Dirección Ejecutiva de Epidemiología Análisis de la Situacion de Salud Tacna. Minsa. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 17. Available from: [http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA\\_v02\\_2014.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_v02_2014.pdf).
6. Pousa Reis MÁ. Evaluar el nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF No. 8 de Aguascalientes, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016. Tesis de Medicina Familiar. Hospital General de zona N°1. centro de ciencias de la salud; 2017.

7. Rocha Vega ED, Yanchapaxi Mendoza JL. Relación de los niveles de hemoglobina glicosilada y los hábitos alimenticios, estilo de vida y estado nutricional de los pacientes diabéticos del hospital general “Santo Domingo” en el periodo de mayo-septiembre en el año 2015. Tesis para Licenciatura en Nutrición, Dietética y Estética. Guayaquil: Univ. Católica de Santiago de Guayaquil; 2015.
8. Gimenez Monleón M. Nivel de conocimientos en pacientes Diabéticos tipo 2. Eficacia de una Estrategia Educativa, Valencia. Valencia: Universidad Cardenal Herrera; 2013.
9. Gonzales E. Estudio Descriptivo Transversal “Lo que se conoce y se enseña sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2”, Guatemala 2013. Guatemala ;: 2013.
- 10 Clavijo GA. Estudio Prospectivo, Transversal y Descriptivo sobre · Conocimientos de la Población sobre la Diabetes y su Prevención en el Barrio de “Quijarro”. Cochabamba;; 2011.
- 11 Bustos R, Gildo R, et al.. Conocimiento sobre su enfermedad en · pacientes diabéticos hospitalizados y de consulta ambulatoria del occidente de México. Mpae-journal mf&ap. 2011; 5(2): p. 64-65.
- 12 Martinez Gaitán. Manejo farmaco-terapeutico de diabeticos tipo ii con · complicaciones. Licenciado En Quimica-Farmaceutica. Univ. Nacional Autonoma de Nicaragua; 2012.
- 13 Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME. Papel del ejercicio físico en · las personas con diabetes mellitus. Revista cubana de endocrinología. 2010; 21(2): p. 182-201.
- 14 Domínguez Sosa ME, Flores Imán LK. Conocimiento y práctica de · estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional II –2, Tumbes- Perú

año 2016. Licenciatura en enfermería. Tumbes: Universidad de Tumbes, Escuela profesional de enfermería; 2016.

- 15 Aparicio Salinas JD. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en los pacientes diabéticos de 40 a 60 años del Hospital de Ventanilla en Lima- Perú en febrero-abril 2016. Título de Médico Cirujano. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.
- 16 Melgarejo N. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, 2012. Lima;; 2013.
- 17 Cruz Mamani. Conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno- Perú año 2015. Tesis de pregrado. Puno: Universidad nacional del Altiplano; 2016.
- 18 Noda Milla JR, Colab.. Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Lima;; 2012.
- 19 Mendez C, Montero F. Prácticas de Autocuidado y su Relación con el Nivel de Información sobre Diabetes Mellitus y el Apoyo Familiar percibido por Adultos Diabéticos. Hospital Belén de Trujillo. Trujillo;; 2012.
- 20 Malca G, Quilcate P. Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora de Guadalupe. La Libertad;; 2012.

- 21 Maqui D, Vargas C. Conocimientos y Autocuidado en Adultos · Diabéticos del Hospital Belén de Trujillo. Trujillo;; 2009.
- 22 Corbacho Armas K, Palacios García N, Vaíz Bonifaz R. Conocimiento · y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus que pertenecen al del Programa de Control de la Diabetes Mellitus del Hospital Arzobispo Loayza, Lima, 2008. Revista de Enfermería Herediana 2009. 2009; 2(1): p. 26-31.
- 23 Gil Clares L. Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales de la Persona · Adulta Previo Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Tacna: Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela académico profesional de Medicina Humana; 2012.
- 24 Guzmán M, Cruz A, Parra J, Manzana M. Control glicémico, · conocimientos y autocuidados de pacientes diabéticos 2 que asisten a sesiones educativas 2005. Rev. Enferm IMSS 2005. ; 13(1): p. 9-13.
- 25 Kant M. El Conocimiento Gertz , editor.: EUA; 2005.
- 26 Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2014 [cited 2018 · Agosto 03. Available from: <http://www.who.int/diabetes/es/>.
- 27 Porta M, Curletto G, Cipullo D, Rigault de la Longrais R, Trento M, · Passera P. Estimating the Delay Between Onset and Diagnosis of Type 2 Diabetes From the Time Course of Retinopathy Prevalence. Diabetes Care. 2014; 37(6).

- 28 Masharani U, German MS. Pancreatic hormones and diabetes mellitus. · Novena ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
- 29 Casellini CM, Vinik AI. Clinical manifestations and current treatment · options for diabetic neuropathies. Clinical manifestations and current treatment options for diabetic neuropathies. 2007; 13(5): p. 550-66.
- 30 Lozano FS, González Porrás JR, March JR, Lobos JM, Carrasco E, · Ros E. Diabetes mellitus and intermittent claudication: a cross-sectional study of 920 claudicants. Diabetology and Metabolic Syndrome. 2014; 6(1): p. 21.
- 31 Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises · in adult patients with diabetes. Diabetes Care. ; 32(7): p. 1335–43.
- 32 Siu AL. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes · Mellitus: U.S.Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. 2015.
- 33 Palacios Ruesta RC. Determinación de los factores de riesgo · cardiovascular en trabajadores a turnos en plataformas marítimas de una petrolera del Norte del Perú.; 2011.
- 34 Wilmot EG, Achana FA, Davies MJ, Gorely T, Gray LJ. Sedentary time · in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. Diabetologia. 2012; 55(11): p. 2895-905.
- 35 La Merrill MA, Cirillo PM, Krigbaum NY, Cohn BA. The impact of · prenatal parentaltobacco smoking on risk of diabetes mellitus in middle-

- aged women. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. ; 10: p. 1-8.
- 36 Enciclopedia Libre Universal en Español. Calidad de vida. [Online].; · 2011 [cited 2018 Agosto 05. Available from: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida).
- 37 Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S. · Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32(11): p. 2123-32.
- 38 Boyd K. ¿Qué es la retinopatía diabética? [Online].; 2013 [cited 2018 · Agosto 06. Available from: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/retinopatia-diabetica>.
- 39 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes: · a national clinical guideline. Edinburgo: SIGN. 2014.
- 40 Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. MedlinePlus. [Online].; · 2017 [cited 2018 Agosto 05. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/peripheralarterialdisease.html>.
- 41 American Diabetes Association. ¿Qué es el Plan de alimentación para · la diabetes? [Online].; 2015 [cited 2018 Agosto 05. Available from: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html>.
- 42 Fundación Española del Corazón. Diabetes y Ejercicio. [Online].; 2017 · [cited 2018 Agosto 06. Available from: <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>.

- 43 Abellán J, Sainz P, Ortín E. Guía para la prescripción de ejercicio físico en personas con riesgo cardiovascular Madrid: Sociedad Española de Hipertensión; 2010.
- 44 Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donaldson L, Didier P. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Clin Proc. 2010 Mayo; 85(1): p. 53-62.
- 45 Aristizábal G. El modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2011 Octubre; 8(4).

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### CUESTIONARIO

#### Presentación:

Estimado Sr. (a) Soy la Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, estudiante de la Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la U.N.J.B.G. y Enfermera del Hospital Hipólito Unanue. El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación que tiene por finalidad recolectar información sobre el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue. En tal sentido, le solicitamos por favor responder en forma INDIVIDUAL, ANONIMA Y CONFIDENCIAL del modo más sincero posible, agradeciéndole anticipadamente su gentil colaboración, Marcar con una X la respuesta que más se acerque a su realidad.

#### I. DATOS GENERALES:

1. Edad: ..... años 2. Sexo: M ( ) F ( ) 3. Trabaja: Sí ( )  
No ( )

#### 4. Grado de Instrucción:

a. Superior completa    b. Superior incompleta    c. Secundaria completa  
d. Secundaria incompleta    e. Primaria completa  
f. Primaria incompleta    g. Sin Grado de Instrucción

5. Tipo de Seguro: Con seguro ( ) sin seguro ( )

6. Peso: \_\_\_\_\_ 7. Talla \_\_\_\_\_ 8. I.M.C. \_\_\_\_\_

9. Perímetro de cintura \_\_\_\_\_

#### 10. Tiempo de evolución de la diabetes:

a. Menos de 5 años    b. De 6 a 10 años    c. Más de 10 años

11. Antecedentes de otras patologías: Si    No

Cuál: \_\_\_\_\_

## II. CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD y COMPLICACIONES:

**12. La Diabetes se caracteriza por ser un grupo de enfermedades metabólicas cuya característica principal es la:**

- a. Hipoglicemia (glucosa baja en sangre)
- b. Hiperglicemia (glucosa alta en sangre)

**13. Sobre la Glucosa: Marque Verdadero (V) o Falso (F), según el enunciado:**

- a. La glucosa es la fuente de energía para todas las células vivientes ( )
- b. La glucosa después de comer es de 200 mg/dl ( )

**14. Los tipos de Insulina que conoces son:**

- a. Insulina de acción rápida (Humulin R)
- b. Insulina de acción intermedia (NPH)
- c. Insulina de acción prolongada (Humulin U, Protamina)
- d. Solo conozco de a
- e. Sólo conozco de a y b
- f. Conozco los tres tipos de insulina: a, b y c

**15. Respecto a la insulina: 1 cc (=1 ml) de insulina contiene:**

- a. 1 unidad
- b. 4 unidades
- c. 100 unidades
- d. 40 unidades
- e. No lo sabe

**16. Marque Verdadero (V) o Falso ( ) según los signos y síntomas de la Diabetes son:**

- a. La Diabetes mellitus muchas veces no provoca ninguna molestia, pasando desapercibida durante mucho tiempo. ( )
- b. Presentan molestias a nivel visual, infecciones de vías urinarias, mareos o pérdidas de peso ( )
- c. Los síntomas son: aumento de sed, más frecuencia al orinar, cansancio, decaimiento, baja de peso, calambres y amortiguamiento de piernas, visión borrosa ( )

- d. Los signos de alarma en el paciente diabético son: deshidratación, trastorno del sensorio, náuseas y/ vómitos, dolor abdominal, aumento de la frecuencia respiratoria, glucosa > 250 mg/ dl ( )

**17. Sobre el Diagnóstico: Marque Verdadero (V) o Falso (F) :**

- a. Los hallazgos ocurren en forma casual al realizarse las pruebas químicas de laboratorio incluyen un examen de glucosa en el cual ya se encuentra alteraciones, que posteriormente se confirman con un examen de glucosa post prandial o curvas de glucosa ( )
- b. Los criterios para el diagnóstico de Diabetes son: sed excesiva, comer demasiado, pérdida de peso, orina más frecuentemente ( )
- c. Los valores de la glucosa al azar es mayor o igual de 200 mg/dl ( )

**18. Factores de riesgo: Marque Verdadero (V) o Falso (F). Una persona tiene mayor riesgo cuando:**

- a. El peso corporal es excesivo: Sobrepeso y Obesidad (especialmente alrededor de la cintura) ( )
- b. No realiza actividad física. ( )
- c. Cuando en la familia hay antecedentes de diabetes ( )
- d. Cuando se sufre de presión alta ( )
- e. El consumo de alimentos en cantidad con valor calórico aumenta el riesgo de diabetes ( )
- f. La exposición al humo del tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebe al llegar a la adultez. ( )
- g. El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de diabetes ( )

**SOBRE LAS COMPLICACIONES:**

**19. Hipoglicemia:**

**19.1 Cuando considera Ud. hipoglicemia (disminución de la glucosa en sangre):**

- a. Es menor de 70 mg/dl
- b. Es mayor de 70 mg /dl

**19.2 Marque la alternativa correcta según los síntomas de la hipoglicemia:**

- a. Sudoración, taquicardia, temblor, nerviosismo, dolor de cabeza, mareo, etc
- b. Temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación hambre y adormecimiento
- c. Deterioro consciencia, cambios de conducta, alteraciones de la fuerza y, concentraciones de glucosa más bajas, convulsiones y coma
- d. a, b y son correctas
- e. a, b y c son correctas

**19.3 En cuál de las siguientes situaciones es probable que ocurra Hipoglicemia:**

- a. Durante un gran esfuerzo físico
- b. Durante el efecto máximo de la dosis de insulina
- c. Justo antes de las comidas
- d. a y b son correctas
- e. a, b y c son correctas

**20. Hiperglicemia:**

**20.1 Marque la alternativa correcta sobre los síntomas de la hiperglicemia:**

- a. Demasiada sed, más frecuencia al orinar, pérdida de peso, náusea/vómitos, debilidad, postración, deshidratación
- b. Intolerancia oral, náuseas y vómitos, debilidad, postración, trastorno del sensorio, deshidratación, coma, taquicardia, hipotensión, respiración de Kusmaull, glucosa en sangre > de 250 mg/dl
- c. Inconsciente, glucosa > 600
- d. a y b son correctas
- e. a, b y c son correctas

**21. En la Diabetes. Señale si las causas siguientes pueden producir hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):**

- a. Demasiada insulina causa Hiperglicemia  Hipoglicemia
- b. Demasiado ejercicio físico causa Hiperglicemia  Hipoglicemia
- c. Demasiada comida causa Hiperglicemia  Hipoglicemia
- d. Una enfermedad o infección causa Hiperglicemia  Hipoglicemia
- e.

**22. Otras complicaciones de la diabetes son: Marque Verdadero (V) o Falso (F) según el enunciado:**

- a. Afecta a los ojos, sobre todo a la retina. ( )
- b. Afecta a los riñones, produciendo insuficiencia renal ( )
- c. Provoca disminución de la sensibilidad de los pies ( )
- d. Presenta arterioesclerosis sobre todo en arterias de los miembros inferiores ( )

### **III. MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS:**

**23. En el tratamiento nutricional:**

- a. ¿La dieta que consume está encaminada a cubrir las necesidades individuales y estilos de vida?  
Si ( ) No ( )
- b. ¿La dieta que consume es planificada por un nutricionista, de acuerdo al peso, edad, género, actividad física?  
Si ( ) No ( )
- c. Ud. da cumplimiento de horarios y cantidades de alimentos.  
Si ( ) No ( )
- d. ¿Te resulta difícil seguir una alimentación equilibrada?  
Si ( ) No ( )
- e. En el cambio de estilo de vida, se logra perder peso, que incluye disminución de ingesta de energía y aumento de actividad física. Si ( ) No ( )

**24. Sobre el ejercicio:**

**24.1 Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre** Si ( )  
No ( )

**24.2 Frecuencia:**

- a. Realiza aeróbicos, de 3 a 5 días / semana  
Si ( ) No ( )
- b. El ejercicio que Ud. realiza está recomendado por un médico.  
Si ( ) No ( )

**24.3 El ejercicio ayuda a alcanzar y mantener el peso deseado, debido a que aumenta el gasto de energía (consumo de calorías).** Si ( ) No ( )

**24.4 El ejercicio ayuda a mejorar el estado físico y emocional, ya que aumenta la energía y disminuye el estrés.**

Si ( ) No ( )

**24.5 Los ejercicios físicos aconsejables para practicar son, los de baja resistencia (aeróbico) porque favorecen la circulación sanguínea periférica, mejorando la oxigenación y nutrición de todas las células.**

Si ( ) No ( )

**25. Tratamiento farmacológico:**

25.1 Ud. participa activamente en el tratamiento de su enfermedad:

Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( )  
Frecuentemente ( )

25.2 El tratamiento que recibe es con:

- a. Antidiabéticos orales
- b. Insulina
- c. Antidiabéticos orales + insulina

## 26. Control periódico:

### 26.1 Acude al establecimiento de salud para sus controles periódicos citados por el personal de salud.

Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )

### 26.2 Cada vez que acude a su control periódico sobre los cuidados de la diabetes Ud. se realiza:

- a. Control de su peso.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- b. Perímetro abdominal.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- c. Control de la glucosa en sangre.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- d. Prueba de Hemoglobina A1c.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- e. Perfil lipídico.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- f. Examen cardiovascular.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- g. Examen de fondo de ojo.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- h. Examen dental.  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- i. Se realiza una evaluación y seguimiento nutricional:  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- j. Examen neurológico de las extremidades inferiores:  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )

## 27. Sobre el aspecto psicosocial:

- a. Tiene una actitud positiva en el manejo de la Diabetes:  
Nunca ( ) A veces ( ) Siempre ( ) Frecuentemente ( )
- b. El estrés, es considerado, uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes. Si ( ) No ( )

- c. Aumenta mi estrés por la complejidad del tratamiento.
- d. Si ( ) No ( )
- e. El apoyo social y soporte económico, influyen en mi salud.
- f. Si ( ) No ( )
- g. La ansiedad y la depresión afectan mi salud. Si ( ) No ( )

**Muchas Gracias**

Autora del instrumento: Yenny M. Gamarra Ramos

## ANEXO B

### Confiabilidad del Instrumento de Nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus en Pacientes Diabéticos

Como criterio general, George y Mallery (46), sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

#### Confiabilidad del instrumento por cada ítem

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Enfrentamiento	69.15	14.029	-.288	.567
Caminatas	68.65	14.134	-.245	.582
Dudas medicación	68.35	13.924	-.243	.564
Ansiedad	69.20	13.642	-.140	.551
Una dieta sana	68.80	13.642	-.117	.567
Tratamiento Activo	67.25	13.566	-.088	.552
Recibe Tratamiento	69.00	13.263	-.026	.557
Mas de tres veces	69.15	13.397	-.014	.545
Registro	69.10	13.358	-.012	.547
Toma en cuenta patologías	68.45	13.313	-.007	.548

Cambio de estilo	68.25	13.461	0.000	.541
Peso adecuado	68.25	13.461	0.000	.541
Estado físico y emocional	68.25	13.461	0.000	.541
Ejercicios aconsejables	68.25	13.461	0.000	.541
Estrés	68.25	13.461	0.000	.541
Aumenta mi estrés	69.25	13.461	0.000	.541
Apoyo social	68.25	13.461	0.000	.541
Afectan mi salud	68.25	13.461	0.000	.541
Control de la presión arterial	67.30	13.379	.019	.541
Diariamente	68.70	13.063	.037	.546
Aeróbicos	69.15	13.187	.080	.538
Evaluación y seguimiento nutricional	68.55	12.787	.085	.541
Examen Cardiovascular	68.40	12.253	.096	.548
Acude a sus controles	67.35	12.871	.121	.534
Examen dental	68.80	11.853	.197	.524
Dieta que consume	68.35	12.871	.224	.526
Perimetro Abdominal	67.40	12.674	.250	.521

Alimentación Equilibrado	68.80	12.168	.290	.511
Examen Neurológico (Extremidades Inferiores)	68.80	12.168	.290	.511
Ejercicio recomendado	69.15	12.661	.322	.517
Control de Glucosa en sangre	67.30	12.853	.348	.521
Examen de fondo de ojo	68.95	11.313	.388	.487
Perfil lipidico	68.30	11.484	.393	.489
Actitud	67.45	12.155	.397	.502
Peso	67.40	12.253	.419	.504
Dieta Planificada	68.35	12.345	.472	.504
Prueba de Hemoglobina	68.10	11.147	.502	.471
Horarios y cantidades	68.55	11.524	.538	.478

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>,789</b>	31

**Nota:** Del resultado, se obtuvo **.789**; comparando con la escala, concluimos que el cuestionario es **acceptable**.

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- **Coeficiente alfa  $>.7$  es acceptable**
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $<.5$  es inacceptable

## ANEXO C

### Confiabilidad del Instrumento de Manejo de la Enfermedad en Pacientes Diabéticos

Como criterio general, George y Mallery (46), sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

#### Confiabilidad del instrumento por cada ítem

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Recibe Tratamiento	53.35	15.713	-.091	.733
Tratamiento Activo	51.60	15.516	.000	.716
Cambio de estilo	52.60	15.621	0.000	.711
Peso adecuado	52.60	15.621	0.000	.711
Estado físico y emocional	52.60	15.621	0.000	.711
Ejercicios aconsejables	52.60	15.621	0.000	.711
Estrés	52.60	15.621	0.000	.711
Aumenta mi estrés	53.60	15.621	0.000	.711
Apoyo social	52.60	15.621	0.000	.711
Afectan mi salud	52.60	15.621	0.000	.711
Aeróbicos	53.50	15.421	.044	.713

Dieta que consume	52.70	15.379	.061	.713
Evaluación y seguimiento nutricional	52.90	14.621	.154	.712
Alimentación Equilibrado	53.15	14.555	.207	.706
Examen Cardiovascular	52.75	13.671	.215	.715
Ejercicio recomendado	53.50	15.000	.221	.704
Acude a sus controles	51.70	14.642	.228	.704
Perimetro Abdominal	51.75	14.829	.233	.703
Actitud	51.80	14.484	.310	.698
Examen dental	53.15	12.976	.378	.691
Peso	51.75	14.303	.427	.691
Horarios y cantidades Dieta	52.90	13.884	.433	.687
Planificada	52.70	14.432	.468	.691
Control de Glucosa en sangre	51.65	14.766	.469	.696
Perfil lipidico	52.65	13.187	.471	.680
Examen Neurológico (Extremidades Inferiores)	53.15	13.397	.525	.677
Examen de fondo de ojo	53.30	12.537	.570	.667
Prueba de Hemoglobina	52.45	12.787	.593	.667

**Estadísticas de  
fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.710	28

Del resultado, se obtuvo **.710**; comparando con la escala, concluimos que el cuestionario es **aceptable**.

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- **Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable**
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

## ANEXO D

### Formato de validación de Instrumentos por Juicio de Expertos

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA, AÑO 2017.

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento, mide lo que se pretende medir?					
2. Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. Considera usted que los ítems considerados en este instrumento son un universo material de estudio					
4. Considera usted que aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares					
5. Considera usted que los conceptos utilizados en estos instrumentos son todos y cada uno de ellos propios de la variable?					

6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento, tienen los mismos objetivos?					
7. Considera usted que la siguiente estructura de este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones					
8. Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. Estima usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos a la materia de estudios?					

**Procedimiento:**

**Primero:** se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios.

	<b>Experto 1</b>	<b>Experto 2</b>	<b>Experto 3</b>	<b>Experto 4</b>	<b>Promedio</b>
1	5	4	5	4	<b>4.5</b>
2	5	4	5	4	<b>4.5</b>
3	4	4	5	4	<b>4.25</b>
4	4	4	4	4	<b>4</b>
5	4	4	4	4	<b>4</b>
6	4	4	4	4	<b>4</b>
7	4	4	4	4	<b>4</b>
8	4	4	4	3	<b>3.75</b>
9	3	4	3	3	<b>3.25</b>

**Segundo:** con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: DPP} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

**X= Valor** máximo en la escala concebido para cada ítem.

**Y= Valor** promedio por cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: **1.3**

**Tercero:** determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Dónde: Dmax} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 + 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

X= valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

Y= valor mínimo de escala para cada ítem (es decir 1)

La Dmax hallada fue de **10.1**

**Cuarto:** la Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de  $10.1/5 = 2.02$

**Quinto:** Con este último valor hallado, se construye una nueva valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

**Siendo:**

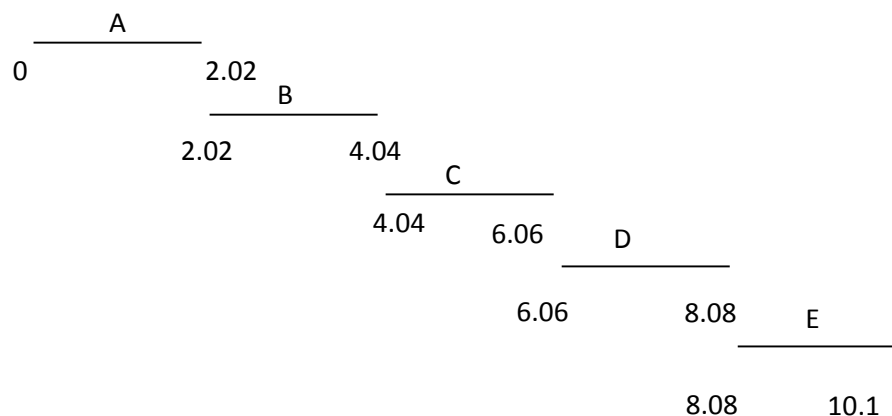
A = Adecuación total

B = Adecuación en gran medida

C = Adecuación promedio

D = Escasa adecuación

E = Inadecuación



Escala	Valoración	Valoración de Expertos
0 - 2.02	A = Adecuación total	DPP = 1.3
2.02 - 4.04	B = Adecuación en gran medida	
4.04 - 6.06	C = Adecuación promedio	
6.06 - 8.08	D = Escasa adecuación	
8.08 - 10.1	E = Inadecuación	

**Sexto:** El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración o modificación, luego de las cuales se someterá nuevamente a juicios de expertos. El valor hallado del DPP fue de **1.3** cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

## ANEXO E

### Prueba de Normalidad de las Variables

#### VARIABLE: "Nivel de Conocimiento"

Prueba de normalidad del Nivel de Conocimiento

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de Conocimientos	0,136	182	<b>0,000</b>	0,972	182	0,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para este caso, se va a tomar en cuenta el estadístico Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>, ya que mide la fuerza del ajuste con una recta y, por otro lado, este estadístico se utiliza para muestras mayores a 50 observaciones.

**Si  $P(\text{Sig.}) > \alpha (0.05)$  LOS DATOS TIENE DISTRIBUCION NORMAL**

**Si  $P(\text{Sig.}) < \alpha (0.05)$  LOS DATOS NO TIENE DISTRIBUCION NORMAL**

El P valor (Sig.) en 0,000; siendo este valor menor al 0.05; por lo tanto, se concluye que los datos analizados de la variable independiente Nivel de conocimiento no tiene una distribución normal.

#### VARIABLE: "Manejo de la Enfermedad"

*Pruebas de normalidad del Manejo de la Enfermedad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Manejo_Enferm	0,137	182	0,000	0,958	182	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Para este caso, se va a tomar en cuenta el estadístico **Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>**, ya que mide la fuerza del ajuste con una recta y por otro lado, este estadístico se utiliza para muestras mayores a 50 observaciones.

**Si  $P(\text{Sig.}) > \alpha (0.05)$  LOS DATOS TIENE DISTRIBUCION NORMAL**

**Si P (Sig.) <  $\alpha$  (0.05) LOS DATOS NO TIENE DISTRIBUCION NORMAL**

El P valor (Sig.) en 0,000; siendo este valor menor al 0.05; por lo tanto, se concluye que los datos analizados de la variable dependiente Manejo de la enfermedad no tiene una distribución norma

**ANEXO F**  
**Tabla Nº 07**

**Cruce de variables Nivel de Conocimiento con el Manejo de la enfermedad según la dimensioe: tratamiento nutricional**

***cruzada Nivel de Conocimiento\*Tratamiento Nutricional***

		Tratamiento Nutricional			
		Inadecuado	Adecuado	Total	
Nivel de Conocimiento	Bajo	Recuento	0	1	1
		% dentro de Tratamiento Nutricional	0,0%	1,6%	0,5%
	Medio	Recuento	119	62	181
		% dentro de Tratamiento Nutricional	100,0%	98,4%	99,5%
Total		Recuento	119	63	182
		% dentro de Tratamiento Nutricional	100,0%	100,0%	100,0%

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,899 <sup>a</sup>	1	<b>0,168</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,105	1	0,746		
Razón de verosimilitud	2,132	1	0,144		
Prueba exacta de Fisher				0,346	0,346
Asociación lineal por lineal	1,889	1	0,169		
N de casos válidos	182				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## ANEXO G

### Tabla N° 08

**Cruce de variables Nivel de Conocimiento con el Manejo de la enfermedad según la dimensión: Sobre el ejercicio**

		cruzada Nivel de Conocimiento*Sobre el Ejercicio		
		Sobre el Ejercicio		
		Inadecuado	Adecuado	Total
Nivel de Conocimiento	Bajo	Recuento 0	1	1
		% dentro de 0,0%	0,7%	0,5%
		Sobre el Ejercicio		
	Medio	Recuento 37	144	181
		% dentro de 100,0%	99,3%	99,5%
		Sobre el Ejercicio		
Total		Recuento 37	145	182
		% dentro de 100,0%	100,0%	100,0%
		Sobre el Ejercicio		

#### *Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,257 <sup>a</sup>	1	<b>0,612</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,456	1	0,500		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,797
Asociación lineal por lineal	0,255	1	0,613		
N de casos válidos	182				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## ANEXO H

**Tabla N° 09**

**Cruce de variables Nivel de Conocimiento con el Manejo de la enfermedad según la dimensión: Tratamiento Farmacológico**

***cruzada Nivel de Conocimiento\*Tratamiento Farmacológico***

			Tratamiento Farmacológico		Total
			Inadecuado	Adecuado	
Nivel de Conocimiento	Bajo	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	0,6	0,4	1,0
		% dentro de Tratamiento Farmacológico	0,9%	0,0%	0,5%
		<hr/>			
	Medio	Recuento	110	71	181
		Recuento esperado	110,4	70,6	181,0
		% dentro de Tratamiento Farmacológico	99,1%	100,0%	99,5%
		<hr/>			
Total		Recuento	111	71	182
		Recuento esperado	111,0	71,0	182,0
		% dentro de Tratamiento Farmacológico	100,0%	100,0%	100,0%

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,643 <sup>a</sup>	1	<b>0,423</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,992	1	0,319		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,610
Asociación lineal por lineal	0,640	1	0,424		
N de casos válidos	182				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,39.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## ANEXO I

**Tabla Nº 10**

**Cruce de variables Nivel de Conocimiento con el Manejo de la enfermedad según la dimensión: Control periódico**

***cruzada Nivel de Conocimiento\*Control Periódico***

		Control periódico			
		Inadecuado	Adecuado	Total	
Nivel de Conocimiento	Bajo	Recuento	1	0	1
		% dentro de Control Periodico	0,6%	0,0%	0,5%
	Medio	Recuento	177	4	181
		% dentro de Control Periodico	99,4%	100,0%	99,5%
Total		Recuento	178	4	182
		% dentro de Control Periodico	100,0%	100,0%	100,0%

***Pruebas de chi-cuadrado***

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,023 <sup>a</sup>	1	<b>0,881</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,045	1	0,833		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,978
Asociación lineal por lineal	0,022	1	0,881		
N de casos válidos	182				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**ANEXO J**  
**Tabla N° 11**

**Cruce de variables Nivel de Conocimiento con el Manejo de la enfermedad según la dimensión: Aspecto psicológico**

***cruzada Nivel de Conocimiento\*Aspecto Psicológico***

		Aspecto Psicológico		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Nivel de Conocimiento	Bajo	Recuento 0	1	1
		% dentro de Aspecto Psicológico 0,0%	0,6%	0,5%
	Medio	Recuento 1	180	181
		% dentro de Aspecto Psicológico 100,0%	99,4%	99,5%
Total		Recuento 1	181	182
		% dentro de Aspecto Psicológico 100,0%	100,0%	100,0%

***Pruebas de chi-cuadrado***

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,006 <sup>a</sup>	1	<b>0,941</b>		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,011	1	0,916		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,995
Asociación lineal por lineal	0,006	1	0,941		
N de casos válidos	182				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,01.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## ANEXO K

### Resultados por Items de la Variable Nivel de Conocimientos

DEFINE DIABETES		Frecuencia	Porcentaje
Define Diabetes	Hipoglicemia	5	2.75
	Hiperglicemia	177	97.25
	Total	182	100.00

GLUCOSA		Frecuencia	Porcentaje
Glucosa Fuente Energía	Falso	0	0
	Verdadero	182	100.00
	Total	182	100.00
Glucosa después de comer	Falso	14	7.69
	Verdadero	168	92.31
	Total	182	100.00

INSULINA		Frecuencia	Porcentaje
Tipos de Insulina	Insulina de acción rápida	177	97.25
	Insulina de acción intermedia	4	2.20
	Insulina de acción prolongada	1	0.55
	Total	182	100.00

1 ML INSULINA		Frecuencia	Porcentaje
Respecto a la insulina: 1 cc (=1 ml) de insulina contiene	1 unidad	162	89.01
	4 unidades	18	9.89
	100 unidades	1	0.55
	40 unidades	1	0.55
	Total	182	100.00

SINTOMAS Y SIGNOS		Frecuencia	Porcentaje
La Diabetes mellitus muchas veces no provoca ninguna molestia	Falso	4	2.20
	Verdadero	178	97.80
	Total	182	100.00

		Frecuencia	Porcentaje
Presentan molestias a nivel visual, infecciones de vías urinarias, mareos o pérdidas de peso	Falso	31	17.03
	Verdadero	151	82.97
	Total	182	100.00
Los síntomas son aumento de sed, más frecuencia de orinar, etc.	Falso	48	26.37
	Verdadero	134	73.63
	Total	182	100.00
Los signos de alarma en el paciente diabético son	Falso	43	23.63
	Verdadero	139	76.37
	Total	182	100.00

#### DIAGNOSTICO

		Frecuencia	Porcentaje
Los hallazgos ocurren	Falso	116	63.74
	Verdadero	66	36.26
	Total	182	100.00
Los criterios para el diagnóstico	Falso	4	2.20
	Verdadero	178	97.80
	Total	182	100.00
Los valores de la glucosa al azar	Falso	25	13.74
	Verdadero	157	86.26
	Total	182	100.00

#### FACTORES DE RIESGO

		Frecuencia	Porcentaje
El peso corporal es excesivo ...	Falso	56	30.77
	Verdadero	126	69.23
	Total	182	100.00
No realiza actividad física	Falso	52	28.57
	Verdadero	130	71.43
	Total	182	100.00
Antecedentes de diabetes	Falso	64	35.16
	Verdadero	118	64.84

		Total	182	100.00
			Frecuencia	Porcentaje
Sufre de presión alta	Falso		80	43.96
	Verdadero		102	56.04
	Total		182	100.00
			Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alimentos en cantidad	Falso		44	24.18
	Verdadero		138	75.82
	Total		182	100.00
			Frecuencia	Porcentaje
La exposición al humo del tabaco	Verdadero		46	25.27
	Falso		136	74.73
	Total		182	100.00
			Frecuencia	Porcentaje
El consumo excesivo de alcohol	Falso		66	36.26
	Verdadero		116	63.74
	Total		182	100.00

### COMPLICACIONES

Hipoglicemia		Frecuencia	Porcentaje
Cuando considera Ud. hipoglicemia	Es menor de 70 mg/dl	174	95.60
	Es mayor de 70 mg /dl	8	4.40
	Total	182	100.00
Síntomas hipoglicemia		Frecuencia	Porcentaje
Síntomas hipoglicemia	a. Sudoración, taquicardia, temblor, nerviosismo, dolor de cabeza, mareo, etc	154	84.62
	b. Temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación hambre y adormecimiento	21	11.54

	c. Deterioro consciencia, cambios de conducta, alteraciones de la fuerza y, concentraciones de glucosa más bajas, convulsiones y coma	6	3.30
	a, b y son correctas	1	0.55
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Situaciones hipoglicemia	a. Durante un gran esfuerzo físico	156	85.71
	b. Durante el efecto máximo de la dosis de insulina	21	11.54
	c. Justo antes de las comidas	5	2.75
	Total	182	100.00
Síntomas hiperglicemia		Frecuencia	Porcentaje
Síntomas de la hiperglicemia	a. Demasiada sed, más frecuencia al orinar, pérdida de peso...	162	89.01
	b. Intolerancia oral, náuseas y vómitos, debilidad, postración,...	13	7.14
	c. Inconsciente, glucosa > 600	4	2.20
	d. a y b son correctas	3	1.65
	Total	182	100.00
Situaciones		Frecuencia	Porcentaje
Las causas siguientes pueden producir hiperglucemia	Demasiada insulina	0	0
	Demasiado ejercicio físico	18	9.89

	Demasiada comida causa	31	17.03
	Una enfermedad o infección causa Hiperglicemia	133	73.08
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

#### **Otras complicaciones de la diabetes son**

		Frecuencia	Porcentaje
Afecta a los ojos, sobre todo a la retina	Falso	43	23.63
	Verdadero	139	76.37
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

		Frecuencia	Porcentaje
Afecta a los riñones, produciendo insuficiencia renal	Falso	58	31.87
	Verdadero	124	68.13
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

		Frecuencia	Porcentaje
Disminución de la sensibilidad de los pies	Falso	36	19.78
	Verdadero	146	80.22
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

		Frecuencia	Porcentaje
Presenta arteroesclerosis	Falso	28	15.38
	Verdadero	154	84.62
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

#### **Resultados por Items de la Variable Manejo de la Enfermedad**

<b>DIETA PLANIFICADA</b>		Frecuencia	Porcentaje
Dieta que consume	No	147	80.77
	Si	35	19.23
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>
		Frecuencia	Porcentaje
Dieta Planificada	No	30	16.48
	Si	152	83.52
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.00</b>

		Frecuencia	Porcentaje
Horarios y cantidades	No	128	70.33
	Si	54	29.67
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Difícil seguimiento	No	159	87.36
	Si	23	12.64
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Cambio de estilo de vida	Falso	4	2.20
	Verdadero	178	97.80
	Total	182	100.00

### **SOBRE EL EJERCICIO**

		Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio Diariamente	No	47	25.82
	Si	135	74.18
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Aeróbicos	No	159	87.36
	Si	23	12.64
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio recomendado por médico	No	155	85.16
	Si	27	14.84
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Peso ideal	Falso	11	6.04
	Verdadero	171	93.96
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Estado físico y emocional	Falso	1	0.55
	Verdadero	181	99.45
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Baja resistencia	Falso	3	1.65
	Verdadero	179	98.35
	Total	182	100.00

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje
Participación en tratamiento	Nunca	2	1.10
	A Veces	122	67.03
	Siempre	57	31.32
	Frecuente	1	0.55
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Recibe Tratamiento	a. Antiabéticos orales	98	53.85
	b. Insulina	20	10.99
	c. Antidaibéticos orales + insulina	64	35.16
	Total	182	100.00

## CONTROL PERIODICO

		Frecuencia	Porcentaje
Controles periódicos	A Veces	23	12.64
	Siempre	159	87.36
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Control de Peso	Nunca	1	0.55
	A Veces	6	3.30
	Siempre	175	96.15
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Perimetro Abdominal	Nunca	1	0.55
	A Veces	5	2.75
	Siempre	176	96.70
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Control de Glucosa en sangre	Nunca	2	1.10
	A Veces	14	7.69
	Siempre	166	91.21
	Total	182	100.00

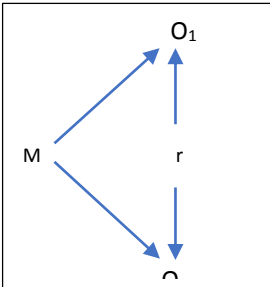
		Frecuencia	Porcentaje
Prueba de Hemoglobina	Nunca	13	7.14
	A Veces	165	90.66
	Siempre	4	2.20
	Total	182	100.00
Perfil lipidico	Nunca	35	19.23
	A Veces	146	80.22
	Siempre	1	0.55
	Total	182	100.00
Examen Cardiovascular	Nunca	70	38.46
	A Veces	108	59.34
	Siempre	4	2.20
	Total	182	100.00
Examen de fondo de ojo	Nunca	98	53.85
	A Veces	83	45.60
	Siempre	1	0.55
	Total	182	100.00
Examen dental	Nunca	111	60.99
	A Veces	69	37.91
	Siempre	2	1.10
	Total	182	100.00
Evaluación y seguimiento nutricional	Nunca	17	9.34
	A Veces	158	86.81
	Siempre	7	3.85
	Total	182	100.00
Examen Neurológico de las Extremidades Inferiores	Nunca	5	2.75
	A Veces	168	92.31
	Siempre	9	4.95
	Total	182	100.00

**ASPC. PISCICOLOGICO**

		Frecuencia	Porcentaje
Actitud	Nunca	1	0.55
	A Veces	174	95.60
	Siempre	7	3.85
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Estrés	No	1	0.55
	Si	181	99.45
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Aumenta mi estrés	No	0	0.00
	Si	182	100.00
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo social	No	0	0.00
	Si	182	100.00
	Total	182	100.00
		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad y depresión	No	1	0.55
	Si	181	99.45
	Total	182	100.00

## ANEXO L

### Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>PRINCIPAL:</b> ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en el Hospital Hipólito Unanue -Tacna, año 2017?</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2017.</p> <p><b>ESPECIFICOS</b> a) Describir las características personales del</p>	<p>Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año</p> <p>Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre</p>	<p><b>Variable Independiente:</b> Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos.</p> <p><b>Variable Dependiente</b> Manejo de la enfermedad en pacientes diabéticos</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación:</b> Esta investigación es descriptiva de corte transversal y correlacional.</p> <p>El esquema queda determinado por:</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     M --- O1     M --- O2     O1 --- r --- O2     style r fill:none,stroke:none             </pre> </div>

	<p>paciente diagnosticado con diabetes mellitus, que acude al Programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017</p> <p>b) Medir el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus en los pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.</p> <p>c) Identificar el Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus en</p>	<p>diabetes mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017</p>		<p><b>Donde:</b>  M= Muestra: Pacientes diabéticos que acuden al Programa de diabetes del HHUT</p> <p>O<sub>1</sub>=Variable relacional: Nivel de conocimiento sobre DM</p> <p>O<sub>2</sub> = Variable relacional: Manejo de la enfermedad</p> <p>r = Relación entre el Nivel de conocimiento y el Manejo de la enfermedad</p>
--	--	--	--	---

	<p>el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año Describir el Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus, según dimensiones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.</p> <p>d) Describir el Manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus, según dimensiones en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.</p> <p>e) Establecer la relación entre el</p>			
--	--	--	--	--

	nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017			
--	---	--	--	--

## ANEXO M

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es grato saludar a Ud. soy la Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, estudiante de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, que desarrolla la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, estoy realizando una Investigación sobre NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNÓSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, año 2017, que tiene como objetivo general Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad en pacientes diagnosticados con esta enfermedad en el Hospital Hipólito Unanue Tacna año 2017, considerando que la diabetes mellitus es un problema de salud pública que cada día va en aumento afectando la calidad de vida de la población sin distinguir edad, sexo ni condición social y tiene altos costos para la sociedad.

Por lo que, solicito a Ud. su participación voluntaria en el presente estudio contestando el instrumento que nos permitirá recolectar los datos necesarios para tal objetivo.

Participante:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

## ANEXO N RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,  
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°7254-2017-FACS/UNJBG  
Tacna, 17 de abril del 2017

VISTO:

El Informe N° 69-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, y;

CONSIDERANDO:

Que, Est. Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, de la Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 69-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE- TACNA 2017**, presentado por la Est. Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

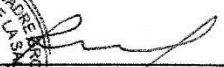
De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;


SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación de la Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado **NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE- TACNA 2017**, presentado por la Est. Lic. Yenny Marleny Gamarra Ramos, alumna de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud

**ART. 2°:** Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic Yenny Marleny Gamarra Ramos, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.

  
D<sup>ca</sup> María Dalila Salas de Cornejo  
DECANATO DE CANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
TACNA

  
Secretaria  
Académica  
Administrativa  
Mgr. Yemila del Carmen Berrios Espejo  
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA  
TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316