



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Prácticas de Autocuidado en adultos con diabetes mellitus que reciben Teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

García Veliz, Elda Jenny (ORCID: 0000-0003-3390-6696)

Yarleque Elías, Yenmy Haydee (ORCID: 0000-0002-9981-4906)

ASESORA:

Dra. Ruiz Lavado, Noemí Emérita (ORCID: 0000-0003-2809-1322)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mi padre celestial: Por darme salud y sabiduría. A mis hijos, padres y esposo; que son mi motivo de superación, quienes en todo momento están conmigo para lograr mis metas y deseo de superación

Yarleque Elías Yenmy Haydee

A mi Dios, hijos y esposo que se mantuvieron cerca de mí, en todo momento dándome consejos y fortaleza para poder seguir adelante y lograr mis metas y obtener una base de crecimiento y formación profesional.

García Veliz Elda Jenny

AGRADECIMIENTO

A nuestro padre celestial, por guiarnos y permitir cada progreso en nuestras vidas profesional y cumplir cada meta trazada, brindándonos salud.

A nuestros padres terrenales, por el apoyo moral, amor, consejos y tiempo.

A nuestra asesora, Dra. Ruiz Lavado Noemí Emérita por guiarnos en el desarrollo de la presente investigación.

A la Licenciada responsable del Programa de Enfermedades no transmisibles en un Centro de Salud I-4 Piura quien nos brindó todas las facilidades para la ejecución de la presente tesis.

A nuestra directora de la escuela de Enfermería de la Universidad César Vallejo María Elena Gamarra Sánchez por su apoyo para culminar la presente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice de contenidos.....	iii
Índice de tablas.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	6
III.METODOLOGÍA.....	14
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2 Variables y Operacionalización.....	14
3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimiento.....	16
3.6 Método de análisis de datos.....	17
3.7 Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.....	19
TABLA N° 2	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.....	20
TABLA N° 3	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE ACTIVIDAD EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020,.....	21
TABLA N° 4	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE CONTROL DE GLICEMIA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.....	22

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado en los adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro I-4 Piura, 2020. Esta investigación es de tipo cuantitativa básica con diseño no experimental descriptivo simple. La muestra estuvo constituida por 90 adultos mayores. Se utilizó el cuestionario para medir el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus. Los resultados fueron: que las prácticas de autocuidado desde la percepción de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, es de nivel regular (80%). Respecto a las dimensiones de las prácticas de autocuidado se encontró que es regular (72%) para la actividad, regular (82%) para la alimentación y de nivel malo (54%) sobre el control de glicemia.

Palabras Claves: prácticas, autocuidado, teleorientación.

ABSTRACT

The present research was carried out with the aim of determining the self-care practices of adults with diabetes mellitus who received tele-guidance in Morropón District in 2020. This is a basic quantitative research with a simple descriptive non-experimental design. The sample consisted of 90 older adult users of the Non-communicable disease programme. For data collection, the survey technique was used; the instrument used was the Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) questionnaire, which allowed the evaluation of self-care practices in the dimensions of diet, exercise and glycaemic control. The results obtained show that the self-care practices of adult patients with diabetes mellitus receiving tele-guidance in the Morropón District are at a fair level (80%). According to the dimensions, self-care practices in nutrition and exercise are regular with 82% and 72% respectively and poor (54%) in the dimension of glycaemic control.

Key words: practices, self-care, tele-guidan

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus representa en la época actual uno de los más significativos problemas de salud pública en el mundo, es considerada una epidemia, debido a la alta prevalencia y al número de comorbilidades, mortalidad y discapacidad asociadas, lo que implica, un alto costo para las organizaciones sanitarias. Representa la séptima causa de mortalidad en el mundo. La incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus ha aumentado durante las últimas décadas, sobre todo en países en desarrollo^{1,2,3}, situándose a nivel mundial en 8,3%, cifra que se incrementará hasta alcanzar el 10,1% en el 2035⁴. En el Perú, el 3,9% de personas de 15 y más años fueron diagnosticadas con diabetes mellitus, en algún momento de su vida, siendo las mujeres las más afectadas.^{1,2, 5}

Como el resto de las enfermedades crónicas no transmisibles, la diabetes mellitus requiere de tratamiento a largo plazo y de cuidados dirigidos a prevenir las complicaciones.² La educación sanitaria es el elemento fundamental de los cuidados para el éxito del tratamiento y la manera más efectiva de controlar la enfermedad y prevenir las complicaciones. Debe estar dirigida al paciente y su familia, se implementa en la interacción con el paciente, durante la entrevista. Educar al paciente, le permite tomar conciencia de su condición de salud, y lo dota de los conocimientos y habilidades para enfrentar las demandas que exige el tratamiento, lo motiva y le da seguridad para asumir la responsabilidad de cuidar diariamente de su salud.⁶

En el paciente con diabetes mellitus, el aspecto actitudinal es determinante para el control de la enfermedad, requiere autocuidado y disciplina en el cumplimiento de cambios en el estilo de vida. El autocuidado, según la teoría de déficit de autocuidado, de Dorotea Orem, es una función reguladora del ser humano, consiste en el conjunto de acciones deliberadas, orientadas a preservar la vida, la salud, el desarrollo y bienestar. Un requisito de autocuidado, es una orientación sobre las actuaciones que se deben ejecutar, porque se entiende que son indispensables para el normal

funcionamiento y desarrollo de las personas, en condiciones específicas. Según Orem, los requisitos representan los resultados deseados en la persona.⁷

Por tanto, el autocuidado en el paciente diabético es el conjunto de actividades que debe aprender, realizar por voluntad y para sí mismo, con el fin de modificar estilos de vida y lograr su bienestar. Estas acciones educativas, se deben realizar desde el momento que el paciente es diagnosticado, de manera continua y cada vez que lo solicita, incluye esencialmente, recomendaciones nutricionales y de actividad física. La educación debe incluir a la familia u otras personas de su red de apoyo social.⁸

La elevada morbi-mortalidad y la condición de cronicidad de la diabetes mellitus, los pacientes que lo padecen requieren de cuidados continuos, esto implica estar en un contacto permanente con los profesionales de salud en el contexto de los establecimientos de salud.⁹ Sin embargo, desde que en diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China, surgió un brote de neumonía producido por el SARS-CoV-2 o COVID-19, que se propagó rápidamente al resto de países del mundo, convirtiéndose en una pandemia, las diferentes instituciones de salud tuvieron que asignar sus recursos tanto humanos, como materiales para atender la enorme demanda de pacientes infectados por el COVID-19.

Esta situación obligó a que la atención a pacientes con otras morbilidades fuera reorganizada o interrumpida, siendo los más afectados, los servicios de atención a los pacientes con enfermedades no transmisibles, entre ellos, los pacientes con diabetes mellitus. La interrupción de la atención a los pacientes diabéticos tendrá algún efecto por ser un grupo vulnerable.^{10, 11} Pero al mismo tiempo la crisis sanitaria, se convirtió en un reto para el sistema de salud, diversos países en el mundo implementaron estrategias para atender sobre todo a las poblaciones de gran vulnerabilidad, utilizando para tal fin, la telemedicina.¹¹

La telemedicina, es un proceso para brindar atención a distancia y tiene la capacidad de beneficiar a los pacientes. Los conceptos de telesalud y telemedicina, han evolucionado a lo largo del tiempo, en el Perú, el D.L. N° 1490, publicado el 1° de mayo

del año 2020, señala, que la telemedicina implica proveer servicios de salud a distancia, en materia de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos brindados por profesionales de la salud que emplea las Tecnología de información y comunicación (TIC). El mismo documento, precisa que los tipos de telemedicina incluyen: teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientación, telemonitoreo y demás que establezca el Ministerio de Salud.¹² La teleorientación, es la herramienta necesaria para educar al paciente diabético y garantizar la efectividad de las medidas terapéuticas. Viene a ser las acciones que realiza un profesional de la salud, utilizando tecnología de la información y comunicación para suministrar al paciente consejería y asesoría con el fin de promocionar la salud, prevenir, recuperar y rehabilitar enfermedades.¹³

En el entorno actual de la pandemia COVID-19, la telemedicina es una estrategia que acerca a los pacientes con diabetes mellitus a los servicios de salud, permite que el personal de enfermería desarrolle actividades de educación continua, con el fin de lograr que los pacientes diabéticos realicen prácticas de autocuidado como estrategia para promover la salud. El autocuidado, según uno de los componentes de promoción de la salud, debe asumir una forma con rostro humano, si se quiere alcanzar el bienestar.¹⁴ Para enfermería, el cuidado es la esencia de la profesión, y este solo se da en una relación interpersonal. Cuidar al paciente diabético implica acercarse al paciente, con una actitud de apertura, de sensibilidad y responsabilidad en la cotidianidad en sus experiencias en el proceso de enfermedad, es acompañarlo y orientarlo en la aplicación de sus conocimientos y destrezas para compensar la alteración biológica que implica la enfermedad.¹⁵

Siendo enfermería la ciencia del cuidado humanizado, cuya práctica requiere el contacto directo persona a persona, ¿Cómo es posible lograrlo a distancia?, ¿Cómo la enfermera puede demostrar al paciente, que es sensible y se siente responsable ante la experiencia de su enfermedad? ¿Cómo acompañarlo?. Para ayudarlo a optar por decisiones saludables, el profesional de enfermería se enfrenta al obstáculo de no

poder acercarse al paciente; condición necesaria en la práctica del cuidado de enfermería, establecer una relación terapéutica a la distancia a través de la telemedicina, no es fácil, dependerá de quien cuida al paciente. La enfermera deberá desarrollar habilidades que le permitan establecer una relación interactiva y recíproca en la distancia, de tal manera, que pueda lograr que los pacientes adquieran las capacidades cognitivas y técnicas necesarias para su autocuidado, sobre todo teniendo en cuenta que se requiere, que las instituciones de salud, así como los pacientes cuenten con tecnología que facilite la comunicación.

Por lo expuesto, se propone el siguiente problema de investigación.

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020?

La investigación se justifica en el hecho de que a partir de la interrupción de la atención a los pacientes con enfermedades no transmisibles, debido a la pandemia por COVID-19, la teleorientación aplicada a pacientes con diabetes mellitus contribuya a desarrollar prácticas de autocuidado, de tal manera que se convierta en una herramienta, que más allá de la crisis sanitaria permita atender a los pacientes, evite desplazamientos frecuentes de las personas desde zonas alejadas, favoreciendo la continuidad en el tratamiento y como resultado el control de la enfermedad y prevención de las complicaciones; lo que tendrá impacto en la calidad de vida de las personas y contribuirá en el fortalecimiento de la estrategia y en la reducción de gastos al sistema de salud ¹⁷.

En el aspecto teórico, permitirá ampliar el conocimiento sobre las prácticas del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus y sus dimensiones y comprender el comportamiento de los pacientes y los profesionales de la salud, de tal manera que puedan estimular el uso de la tecnología de la información y comunicación con mayor efectividad en el cuidado de los pacientes. Además, servirá como referente teórico para próximos estudios.

En tal sentido, se plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Determinar las prácticas de autocuidado en los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020.

Objetivos específicos:

- Determinar las prácticas de autocuidado en la dimensión actividad en los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020.
- Determinar las prácticas de autocuidado en la dimensión alimentación en los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020.
- Determinar las prácticas de autocuidado en la dimensión control de glicemia en los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020.

II. MARCO TEÓRICO.

Ruiz de Adana M ¹⁷ 2020, en un estudio multicéntrico, aleatorizado y con un seguimiento de 6 meses de pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) realizado en España, concluye que la intervención a través de telemedicina impacta de manera similar a la forma tradicional de atender a los pacientes diabéticos en cuanto al control de glucosa, a las complicaciones agudas y a la calidad de vida percibida

Rodríguez P ¹⁸ 2020, en una investigación sobre las percepciones de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con relación a la telemedicina y sus preferencias en los recursos de telemedicina, encontró que las cifras de glicemia eran anotadas por el 85,9% de los pacientes, solo el 14.4% anotaron sus hábitos de vida. En tanto, 9,8% de pacientes ya habían experimentado atención a través de telemedicina, de los cuales 70,5% manifestaron satisfacción al utilizarlo, el 73,5% señalaron que la telemedicina había ayudado a mejorar el manejo de la enfermedad. Los pacientes que tuvieron experiencia previa percibieron mejor el uso de la telemedicina en comparación con los pacientes que no la habían utilizado. Se concluyó, que la telemedicina es bien aceptada por los pacientes.

Mientras que Marcos J¹⁹ 2020, en un estudio en el que se propone una arquitectura tecnológica como soporte al servicio de atención remota a personas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, con el propósito de reducir las complicaciones producidas por la enfermedad a través del control de glucosa y un asesoramiento médico periódico, encontró que la disminución de complicaciones fue del 14%.

Wolderufael M ²⁰ 2021, en Etiopía realizó un estudio transversal entre personas que viven con diabetes tipo 2 y que estaban en seguimiento a 354 participantes. El 52 %, de las investigados tenían una deficiente práctica de autocuidado de la diabetes, siendo el autocontrol de la glucosa en sangre y el ejercicio regular los menos realizados. La mala práctica del autocuidado se asoció con estar desempleado y jubilado, tener diabetes durante ≥ 10 años, tener comorbilidad, no poseer glucómetro, no recibir educación sobre diabetes e insatisfacción con el apoyo social.

Según un estudio realizado por Soler Y ²¹ 2016, en la Universidad de Cuba en 22 pacientes, muestra la falta de autocuidado en 90, 91 % de los pacientes diabéticos tipo 2. Los inconvenientes son en la práctica de ejercicio físico, la nutrición y el autocontrol de la glucemia.

Gómez D ²² 2017, describe las prácticas de pacientes con más de 40 años con diabetes mellitus tipo 2 de una institución sanitaria en Guatemala, ingieren alimentos entre de dos a tres veces en 24 horas y cuando tienen hambre, realizan actividad física, que consiste en caminar media hora al día, una vez por semana. Los pacientes manifestaron lavarse los pies en forma diaria, cuidarlos ocasionalmente y se evalúan si presentan lesiones o heridas. Realizan control médico mensualmente, y sus medicamentos lo toman solo cuando lo recuerdan.

A nivel de la región La Libertad, en una investigación realizada por Montalván G ²³ 2018 en el Hospital de Apoyo de Chepén, de un total de 50 personas encuestadas, el 60% de pacientes adulto mayor su nivel de prácticas de autocuidado es regular, el 30% es bueno, y el 10% es malo.

Los pacientes con diabetes mellitus, actualmente necesitan mayor atención del personal de salud, pues por la misma patología que padecen y la edad adulta por la que atraviesan, se convierten en personas vulnerables debido al temido coronavirus.

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica no transmisible que requiere de tratamiento a largo plazo y de cuidados dirigidos a prevenir las complicaciones². La educación sanitaria es el elemento fundamental de los cuidados para el éxito del tratamiento y la manera más efectiva de controlar la enfermedad y prevenir las complicaciones. Debe estar dirigida al paciente y su familia, se realiza durante la entrevista en la interacción con el paciente. Educar al paciente, le permite tomar conciencia de su condición de salud, y lo dota de los conocimientos y habilidades para enfrentar las demandas que exige el tratamiento, lo motiva y le da seguridad para asumir la responsabilidad de cuidar diariamente de su salud ⁶.

Las comorbilidades y complicaciones de la DM-2 tienen grandes repercusiones en la población, a mayor grado de complicación más se afecta la calidad de vida, se genera más gastos y la carga es mayor para la persona con DM-2 y la familia. Es debido a las repercusiones de las comorbilidades y las complicaciones que es vital la intervención educativa al paciente y familia brindada por el equipo multidisciplinario a través de la teleorientación basada en la Guía de Práctica Clínica establecida por el Ministerio de Salud del Perú con el objetivo de pautar las principales recomendaciones referentes al manejo de comorbilidades y complicaciones futuras como insuficiencia renal, ceguera, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio y amputación de extremidades. Generalmente, las personas con DM-2 padecen además otras enfermedades como hipertensión, dislipidemia o problemas de salud mental que pueden afectar el control y manejo de la DM-2 ^{24, 25, 26}.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud enfatizan que en el tratamiento, control eficaz y prevención de las complicaciones de la diabetes es primordial la educación sanitaria del paciente y su familia ^{27, 28}. Las actividades de educación buscan que la persona adopte conductas de autocuidado que mejoren sus estilos de vida, que conozca su enfermedad, los riesgos y daños, así como de los beneficios a conseguir al cambiar los estilos de vida (dieta, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol). para conseguir el autocontrol y cumplimiento del tratamiento ²⁹.

La educación dirigida al paciente permite dotarlo de la capacidad cognitiva y de las destrezas necesarias para enfrentar las demandas del tratamiento, así como motivarlo y fomentar sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidarse día a día, manteniendo su autoestima y bienestar general ³⁰.

La finalidad de la educación es instruir e impulsar a las personas a desarrollar y mantener estilos de vida saludables, además de promover modificaciones ambientales, conducir el adiestramiento de recursos humanos y la investigación en su área. Se pone en práctica partiendo de la reflexión-acción; el educador y el educando

razonan sobre los estilos de vida saludables a través de la entrevista y la acción, estructuradas al reconocer los aciertos y las desventajas.³¹

La comunicación permanente con pacientes y cuidadores permite en muchos casos mantener estable la enfermedad, recuperarla o detener el deterioro progresivo; en este contexto también es de vital importancia la educación impartida por enfermería para mejorar el conocimiento de la enfermedad, la aplicación y la toma de medicamentos y control de enfermedades y en general la resolución de dudas en cuanto al tratamiento³².

El personal de salud, ante la pandemia actual y en concordancia con las normas del Ministerio de Salud hace uso de la teleorientación mediante las TIC para informar, aconsejar y asesorar con el fin promover la salud, prevenir, la enfermedad, diagnosticar, brindar tratamiento, rehabilitar y paliar las enfermedades³³.

La teleorientación se constituye en una gran oportunidad para mejorar los sistemas de apoyo a la salud y trata de corregir la pobre relación entre el personal de salud y el paciente en cualquier sociedad, siendo indispensable la comunicación continua entre ambos. El teleorientador es el profesional de la salud que orienta o realiza seguimiento del estado de salud de los pacientes y brinda servicios de telemonitoreo y teleorientación, debe comunicar al paciente la importancia de la orientación y entregar una copia o resumen de la comunicación si se le solicita a través de canales regulares como llamadas, videollamadas, correos electrónicos, mensajería y videoconferencias a través de aplicaciones en línea como Zoom, Hangouts y Skype^{34, 35, 36}.

La teleorientación puede desarrollarse en dos modalidades: Asíncrona, cuando el teleorientador que usa las TIC, en tiempo diferido no se encuentra en comunicación directa con el paciente, quiere decir que no está en línea (off line) y Síncrona, cuando el teleorientador que usa las TIC consulta o tiene comunicación directa con el paciente en tiempo real a través de una TIC³⁷.

Entre las principales ventajas de la implementación de la telemedicina o teleorientación tenemos: Seguridad, ya que ayuda a vencer la distancia y evitar el contagio, es accesible permitiendo ahorrar tiempo y facilita la llegada a las regiones rurales y pacientes vulnerables ya sea por que residen lejos o bien por el riesgo de su problema crónico y con mucha frecuencia con varias morbilidades, o por la impresión que tienen de la atención prestada, viene siendo bien recibida por los pacientes, quienes perciben la atención como; más personalizada, sin mucho tramite y donde los profesionales les dedican con mayor tiempo; permite al paciente participar y compartir la responsabilidad en su tratamiento y recuperación.

En el abordaje de patologías crónicas en general, y en la diabetes mellitus especialmente, el autocuidado juega un papel importante en su control y en el mantenimiento de una vida con calidad de las personas. Dorotea Orem, teórica creadora de la Teoría del déficit del autocuidado, considera el autocuidado como una función reguladora que le permite a la persona mantener la vida, la salud, el desarrollo y bienestar. Orem plantea que el autocuidado, se refiere a la realización deliberada y aprendida de acciones con el objetivo de mantener un normal funcionamiento, seguir con el desarrollo personal y el bienestar a través del cumplimiento de ciertos requisitos para regular el funcionamiento el desarrollo, los que representan las razones y resultados deseados del autocuidado ⁷.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería; requisitos universales, aquellos que son imprescindibles a todos los seres humanos para asegurar su funcionamiento integral, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de alteración de la salud, los que existen en las personas con problemas patológicos ³⁸.

Dorothea Orem conceptualizó su Teoría como una teoría general, que incluye Teoría del autocuidado propiamente dicha, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. En relación a la primera, determina que el autocuidado es un agregado del propio individuo a su existencia, es decir que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y que son orientadas hacia un propósito, y

dichas conductas aprendidas se ponen en práctica durante el día a día del individuo; en la segunda establece y describe las causas que pueden provocar dicho déficit como una inadecuada alimentación, ausencia de actividad física, deficiente higiene personal, entre otros; y finalmente en la tercera en la que se desarrollan los métodos en que los profesionales de enfermería atienden a los beneficiarios.

Se identifican tres tipos de sistemas: totalmente compensador, la enfermera reemplaza al individuo por la discapacidad que tiene al realizar su propio autocuidado, el sistema de enfermería parcialmente compensador, en el profesional de enfermería proporciona autocuidado solo cuando el individuo no puede realizar el autocuidado por sí mismo y el sistema de enfermería de apoyo-educativo, en el que la enfermera participa apoyando a las personas a ser capaces de ejecutar actividades de autocuidado; entre estas principales actividades destacan, la alimentación como aspecto fundamental del control de la diabetes que contribuye a retardar o evitar la presentación de complicaciones; y el ejercicio que cumple un rol importante para el control de los niveles de glucosa y el control del peso ³¹.

Actividades relacionadas con la dieta, el ejercicio y control glucémico son fundamentales en el autocuidado de una persona con diabetes mellitus. Las recomendaciones nutricionales incluyen una dieta equilibrada y fraccionada que incluya como máximo cinco ingestas al día, disminuyendo los picos de glucosa en sangre después de los alimentos y es fundamentalmente útil en los pacientes que reciben insulina como tratamiento. El consumo diario de calorías debe estar en concordancia con el peso y actividad física de la persona. En las personas con sobrepeso y obesidad, se debe considerar reducir entre el 5% al 10% del peso corporal. La ingesta de grasas, proteínas y carbohidratos debe ser en proporción a la ingesta calórica diaria ²⁹.

Algunas técnicas sugeridas para planificar las comidas son: el método del plato, el método de equivalencias, la lista de intercambios de alimentos, el conteo de carbohidratos e incluye consumo preferente de pescado o carnes blancas, evitar consumir productos que contengan azúcar, comer cinco raciones de frutas y verduras

diariamente, utilizar en su alimentación aceite vegetal, cereales integrales, tubérculos y leguminosas, evitar consumir comida chatarra, valorar su peso y beber agua ²⁹.

La actividad física consiste en los movimientos corporales ocasionados por el sistema musculoesquelético que demande gasto de energía, esto comprende todas las actividades que se realizan en el día, involucran las labores del hogar, la actividad en el ámbito del trabajo, caminar, trasladarse, ir de compra, hasta actividades sociales, etc. Estructurar esas actividades, asignando espacio y horario, y realizarlo de manera repetitiva y con el propósito de mejorar o mantener las habilidades físicas, eso implica realizar ejercicio físico⁴⁹.

La actividad física practicada regularmente tiene efectos beneficiosos en la acción de la insulina, el control de la glucemia y favorece la reducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas. Debe combinar los ejercicios aeróbicos con el entrenamiento contra resistencia. ⁴⁰

El control de la glicemia es otra práctica de autocuidado en la prevención de la aparición y progresión de complicaciones, se debe monitorear periódicamente. Existe una relación estrecha entre el control estricto de la glucemia y las complicaciones como neuropatía y retinopatía diabética ⁴⁰. En casa, el paciente suele utilizar el hemoglucotest, método de medición de glucosa en sangre. Es conocido también como test de glicemia capilar. La cuantificación de la glicemia en sangre requiere un equipo pequeño conocido como glucómetro, de uso fácil y rápido que requiere una muestra muy pequeña. La medición ocurre al cuantificar la intensidad de color que produce el contacto de la cinta reactiva con la muestra, y para ello cuentan con un fotómetro o un sensor electroquímico.

Para los pacientes con diabetes, el control de la glucosa es la clave para alcanzar los objetivos glucémicos, evitar complicaciones de la diabetes, especialmente en los pacientes que usan insulina, permitiendo evaluar su respuesta individual a la terapia,

proporciona un manejo más personalizado, orienta la terapia nutricional, la actividad física, previene la hipoglicemia e hiperglicemia y permite ajustar los medicamentos ⁴¹.

III. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Cuantitativo, básica.

Diseño de la investigación: Descriptivo simple ⁴². El siguiente esquema representara el diseño de la presente investigación:



Donde:

M: Pacientes adultos con diabetes mellitus de un Centro de Salud I- 4 Piura.

O: Observación de la muestra.

3.2. Variables y Operacionalización

Variable: Prácticas de autocuidado

Operacionalización:

Dimensiones:

- Alimentación
- Actividad
- Control de glucemia. (Anexo N° 1)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población muestral:

Conformada por 90 pacientes continuadores de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de diabetes mellitus.

Unidad de análisis:

Cada paciente continuador de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de diabetes mellitus tipo II.

Criterios de selección:**Inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico médico diabetes mellitus tipo II.
- Pacientes suscritos en el registro de seguimiento, prevención y control de la estrategia de prevención de la diabetes Mellitus.
- Pacientes adultos de ambos sexos que aceptaron participar de manera voluntaria con consentimiento verbal.
- Pacientes con glucómetro

Exclusión:

- Pacientes adultos y adultos mayores que estuvieron imposibilitados de manera física o psicológica para poder responder las preguntas planteadas
- Pacientes que no aceptaron formar parte de la investigación.

Muestreo:

No Probabilístico por conveniencia.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**Técnica:**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta.

Instrumentos:

El instrumento empleado para recolectar los datos es el cuestionario para evaluar el autocuidado (Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) ⁴³

El SDSCA-Sp es un cuestionario de 7 criterios, que se refieren a diferentes aspectos de autocuidados que deben realizar las personas que padecen DM tipo 2 (Alimentación, actividad física, control de glicemia). Lleva una escala de valoración de 0 a 7, que representa el número de días que el paciente ejecuta, determinada actividad en la última semana. Cuanto menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado

favorables. El cuestionario no presenta punto de corte, por lo que debe valorarse cada ítem de forma individual.

El SDSCA-Sp supone un instrumento fácilmente aplicable en consulta para evaluar conductas de autocuidado en personas con DM tipo 2 consumiendo poco tiempo en su contestación. En investigación es uno de los instrumentos más utilizados como validez de criterio de otros cuestionarios y para identificar conductas de autocuidados en estudios experimentales. **(Anexo N°2)**

Control de Calidad de los Instrumentos

Validez:

Se realizó la adaptación cultural de la versión validada en población mexicana mediante Delphi de expertos y posterior análisis de legibilidad. La validación psicométrica en población española se ajusta a un modelo trifactorial (dieta, ejercicio físico y autoanálisis) con 7 ítems. El análisis de multinormalidad mostró que los parámetros eran adecuados.

Confiabilidad

Se determinó a través del coeficiente de Cronbach del cuestionario con 7 ítems (SDSCAp), obteniendo 0.62

3.5. Procedimiento:

Para la recolección de los datos se procedió de la siguiente manera:

- Para el desarrollo del trabajo de investigación se coordinó con la licenciada responsable de la Estrategia Sanitaria de enfermedades no transmisibles, de un centro de salud I- 4 Piura 2020, a fin de tener acceso a los números telefónicos de los pacientes registrados en dicho programa que formaron parte de la muestra de investigación.
- para aplicar el cuestionario (SDSCA) a los pacientes se realizó una llamada previa a cada uno de ellos saludándolos, presentándonos e informarle el motivo de la llamada explicándole el estudio a realizar y el objetivo

sensibilizándolos y confirmando su participación en dicha investigación así como emitir sus respuestas de forma voluntaria y confidencial quedando establecido la fecha y la hora que desea ser encuestado

- Se llamó a cada paciente en el horario acordado obteniendo los datos necesarios de cada uno mediante el cuestionario agradeciendo su colaboración al término de este.

3.6. Método de análisis de datos

Terminada la recolección de datos se elaboró una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 25 con el cual se realizarán análisis descriptivos y de correspondencias entre las variables de la investigación. Se elaboraron tablas estadísticas.

3.7. Aspectos éticos.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos: ⁴⁴

- Autonomía: Es decir respetar y proteger las decisiones de los participantes de la investigación, pues tienen derecho a elegir y participar de manera voluntaria y se le brindo la información adecuada ⁴⁴.
- Beneficencia y no maleficencia: Estos principios consisten en garantizar el bienestar de las personas, que aumente los posibles beneficios y disminuya los posibles perjuicios. En la presente investigación, se mantuvo el bienestar del paciente y no se produjo daño alguno, puesto que no se realizó ninguna intervención en el medio interno de la persona.
- Justicia: Significa brindar a cada persona lo que merece, sin distinción social o económico. Todos los participantes de la investigación tuvieron la misma probabilidad de formar parte del estudio y ser beneficiados del mismo.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.

Variable	Escala	Nº	%
Prácticas de autocuidado			
Malo	0 - 2	18	20%
Regular	3 - 5	72	80%
Bueno	6 - 7	0	0%
Total		90	100%

Fuente: Aplicación del instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA).

TABLA N° 2

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.

Dimensión 1	Escala	Nº	%
Alimentación			
Malo	0 - 2	4	5%
Regular	3 - 5	74	82%
Bueno	6 - 7	12	13%
Total		90	100%

Fuente: Aplicación del instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA).

TABLA N° 3

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE LA ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.

Dimensión 2	Escala	Nº	%
Actividad			
Malo	0 - 2	10	11%
Regular	3 - 5	65	72%
Bueno	6 - 7	15	17%
Total		90	100%

Fuente: Aplicación del instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA).

TABLA N° 4

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE EL CONTROL DE GLICEMIA EN LOS
PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN
TELEORIENTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD I-4 PIURA, 2020.

Dimensión 3	Escala	Nº	%
Control de glicemia			
Malo	0 - 2	46	51%
Regular	3 - 5	40	44%
Bueno	6 - 7	4	5%
Total		90	100%

Fuente: Aplicación del instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA).

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de presentar los resultados, en la presente investigación se realiza la discusión de los mismos:

En la Tabla N° 1 se observa que el 80% de los pacientes presentan prácticas de autocuidado de nivel regular, el 20% obtienen nivel malo, en tanto que ningún paciente percibe buenas prácticas de autocuidado. Determinándose que las prácticas de autocuidado desde la percepción de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación, es de nivel regular (80%); denotándose que los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura perciben deficiencias sobre las prácticas de autocuidado dado que ninguno (0%) obtienen nivel bueno, y ello en el área de salud es un nivel crítico para el cuidado de los pacientes.

Estos resultados coinciden con los que encontró Vite F ⁴⁵ , quien señala en la conclusión que los hábitos y conductas de las personas que conformaron la muestra se consideran como un indicador de un estilo de vida concordante con su problema de salud, ya que realizan actividad física, los hábitos de higiene, la alimentación adecuada, el tiempo dedicado al descanso y la disposición del paciente para solicitar ayuda o información sobre su patología son muestra de las actividades del autocuidado que los pacientes realizan con diabetes en beneficio propio.

Por otro lado, difieren con los resultados obtenidos por Wolderufael M. y Soler Y. ^{20, 21}, quienes reportan que la mayoría de pacientes no presentan prácticas de autocuidado.

En la presente investigación, la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus son adultos mayores, con necesidades de aprendizaje de autocuidado, las mismas que son satisfechas a través de la teleorientación a cargo del personal de salud, siendo la enfermera parte del equipo responsable, encargada de brindar educación, consejería y seguimiento de cada paciente. Los pacientes con diabetes mellitus reciben orientación sobre los cuidados a considerar en su vida diaria respecto al

control de su enfermedad: los alimentos que deben ingerir, la actividad o ejercicios y el control de los niveles de glucosa.

En la Teoría de Orem, se hace mención que cuando las necesidades son mayores a las capacidades de una persona para mantener su salud, surge el déficit de autocuidado, el cual es necesario compensarlo; de manera integral, parcial o solo con apoyo a través de actividades educativas, el mismo que debe ser realizado por el Sistema de Enfermería, ^{45, 46}. El sistema de apoyo educativo es el apropiado para pacientes capaces de realizar las acciones de autocuidado que pueden aprender a adaptarse a los cambios en su estilo de vida, la enfermera alerta al paciente, le ayuda a tomar decisiones y comunica conocimientos y habilidades ^{47, 48}. El paciente debe aprender prácticas de autocuidado orientadas a evitar complicaciones en su salud, regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

En los resultados, se evidencia el 20% malas prácticas de autocuidado y ningún adulto alcanzó buenas prácticas de autocuidado, probablemente se deba a que el adulto aún no ha tomado conciencia del autocuidado para mejorar o mantener el estado de salud. Se sabe que la forma de llevar a cabo el autocuidado es propia de cada persona y puede verse influenciado por las creencias, costumbres, hábitos del grupo familiar o social al cual pertenecen ⁴⁹. Además, del total de pacientes, el 80% alcanzó regulares prácticas de autocuidado, no obstante es necesario seguir trabajando con este tipo de pacientes, pues la clave para un buen autocuidado se basa en la educación y orientación que el personal de salud pueda brindar, para lo cual debe continuar su capacitación en el tema, en la relación enfermera-paciente, en las formas como acercarse y transmitir la información haciendo uso de las tecnologías de la información y comunicación; para seguir fomentando hábitos y prácticas correctas en el manejo de la diabetes mellitus.

Por tanto, la enfermera como parte del equipo de salud debe incidir en una educación participativa, haciendo uso de la teleorientación, pero que involucre a la persona con diabetes mellitus como creador de su propio aprendizaje, al vincular la teoría con la práctica, lo que permitirá que el paciente tome la decisión de poner en

práctica hábitos y estilos de vida saludables y, por ende lograra el control de la enfermedad ⁵⁰.

En la Tabla N° 2 se observa que el 82% de los pacientes presentan prácticas de autocuidado sobre la alimentación de nivel regular, el 13% obtienen nivel bueno, en tanto que el 5% de nivel malo. Determinándose que las prácticas de autocuidado sobre la alimentación desde la percepción de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación, es de nivel regular (82%); denotándose que los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura perciben deficiencias sobre las prácticas de autocuidado sobre la alimentación dado que solo el 13% cumplen en obtener nivel bueno, y ello en el área de salud es un nivel crítico para el cuidado de los pacientes sobre la alimentación.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Montalván G ²³ en su investigación: Conocimiento, prácticas y actitudes de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus, de un total de 50 personas encuestadas, el 60% de pacientes adulto mayor su nivel de prácticas de autocuidado es regular, el 30% es bueno, y el 10% es malo.

Los pacientes con diabetes mellitus, especialmente si son adultos mayores tienen mayor riesgo de deterioro funcional, agravando su situación y presencia de caídas, depresión, incontinencia urinaria, demencia, dolor, etc., por lo cual, la alimentación es muy importante, no solo para controlar la hipoglicemia, sino para el control del peso, conseguir niveles de colesterol y triglicéridos adecuados, proporcionar aporte de energía y nutrientes adecuados, prevenir daño renal, daño cardíaco y mejorar la calidad de vida. Los carbohidratos constituyen la base fundamental (consumo de legumbres, cereales y frutas), el consumo de verduras y frutos secos, consumo moderado de carnes y lácteos y de preferencia pescado y aves ⁵¹.

Es necesario, retomar con mayor énfasis la orientación nutricional, de manera dinámica y utilizando una metodología que nos acerque al paciente con diabetes y a su familia, pues muchas veces es el familiar cuidador quien prepara los alimentos

en casa para el paciente y dependerá de él, que el consumo de los mismos sea el adecuado.

En la Tabla N° 3 se observa que el 72% de los pacientes presentan prácticas de autocuidado sobre la actividad de nivel regular, el 17% obtienen nivel bueno, en tanto que el 11% de nivel malo. Determinándose que las prácticas de autocuidado sobre la actividad desde la percepción de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación, es de nivel regular (72%); denotándose que los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura perciben deficiencias sobre las prácticas de autocuidado sobre la actividad dado que solo el 17% cumplen en obtener nivel bueno, y ello en el área de salud es un nivel crítico para el cuidado de los pacientes sobre la actividad.

Resultados similares muestra Calderón G ⁵², en una investigación sobre prácticas de autocuidado en pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II; el 25,81% de los participantes en el estudio no realiza actividad física, siendo esta práctica, esencial en el tratamiento de diabetes mellitus, por tanto, la inactividad física constituye un impedimento para el manejo adecuado de la enfermedad. No obstante, el 61.29% práctica actividad física: caminar. Con relación a la frecuencia, 50.54% lo hace en forma diaria y el 56.98% dedica el mínimo de media hora a esta actividad.

El ejercicio físico es fundamental en el tratamiento de la diabetes, modificar el estilo de vida es fundamental, distinguir la actividad física como una rutina diaria es imprescindible. Estudios revelan que a mayor actividad física menor riesgo de sufrir de diabetes tipo 2, incluso independientemente del nivel de tejido adiposo de la persona. Por otra, el ejercicio intenso, aproximado del 80% del ritmo cardíaco máximo, por lo menos 20 minutos al día, por cinco veces a la semana. puede incrementar de manera significativa la sensibilidad a la insulina, permite mantener la glicemia dentro de rangos normales y retarda la aparición de enfermedades cardiovasculares ⁵³.

La población en estudio, en su mayoría practica actividad física de forma regular; ya sea caminando, subiendo y bajando escaleras o realizando ejercicios aeróbicos en algún ambiente de su casa; sin embargo, existe un porcentaje menor (11%) que

no lo realiza, probablemente se deba a que existen actividades que incluye la práctica de natación, ciclismo o caminata que necesariamente debe hacer uso de ambientes externos a su domicilio y que debido a la restricción y aislamiento domiciliario por la pandemia que estamos viviendo, se restringe dichas actividades. Frente a estos resultados, se requiere que la orientación que brinda el personal de salud se refuerce en los pacientes, a fin de adoptar medidas relacionadas a las prácticas de actividad física, pero considerando innovar otras que garanticen un mejor desempeño, una mejor calidad de vida y por tanto una mayor reducción en las complicaciones cardiovasculares.

En la Tabla N° 4 se observa que el 51% de los pacientes presentan prácticas de autocuidado sobre el control de glicemia de nivel malo, el 44% obtienen nivel regular, en tanto que el 5% de nivel bueno. Determinándose que las prácticas de autocuidado sobre el control de glicemia desde la percepción de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación, es de nivel malo (51%); denotándose que los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura perciben deficiencias sobre las prácticas de autocuidado sobre el control de glicemia dado que solo el 5% cumplen en obtener nivel bueno, y ello en el área de salud es un nivel crítico para el cuidado de los pacientes sobre el control de glicemia. Gómez ²² en una investigación sobre conocimientos y prácticas de Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 40 años, encontró resultados similares; el 61% de los investigados manifestó controlar su glicemia en forma mensual, 39% respondieron que lo hacen dos veces al año. Lo que demuestra la poca la importancia que le atribuyen los pacientes al control de glucosa sérica.

Se observa en la presente investigación, que la mayoría de los pacientes con diabetes no realizan un control de glicemia adecuado, lo mismo que podría provocar complicaciones a corto plazo como: hipoglucemia, hiperglucemia o cetoacidosis diabética, hasta complicaciones a largo plazo, la falta de esta enfermedad puede

acarrear daño en órganos de importancia vital, como el corazón, riñones, los ojos y los nervios.

Unas concentraciones de azúcar en sangre fuera de control pueden llevar a complicaciones agudas de la diabetes como la hipoglicemia, que representa aproximadamente 20 a 30% de las hospitalizaciones en las emergencias, especialmente en pacientes con tratamiento de insulina ⁵⁴.

El paciente con diabetes asumirá el compromiso de realizar el control glucémico y logrará el autocontrol en la medida que conozca sobre su enfermedad, sobre la técnica, frecuencia e interpretación de los resultados. El personal de salud más que informar, debe educar, motivando al paciente con contenido variado dirigido a lograr el autocuidado, la adherencia al tratamiento y los cambios en el estilo de vida, incluyendo las modificaciones en la dieta y el incremento de la actividad física.

VI. CONCLUSIONES

Luego de haber presentado la discusión de los resultados, se establecen las siguientes conclusiones:

1. Se concluye que las prácticas de autocuidado de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud Referencial I-4 Piura, es de nivel regular (80%).
2. Se determina que las prácticas de autocuidado sobre la actividad de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, es de nivel regular (72%).
3. Se concluye que las prácticas de autocuidado sobre la alimentación de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, es de nivel regular (82%).
4. Se determina que las prácticas de autocuidado sobre el control de glicemia de los pacientes adultos con diabetes mellitus que reciben teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, es de nivel malo (51%).

VII. RECOMENDACIONES

Luego de haber establecido las conclusiones y los resultados obtenidos se recomienda lo siguiente:

- Investigar sobre temas que complementen y permitan correlacionar aspectos que influyan en las prácticas de autocuidado identificadas en esta investigación, de tal manera que permitan su abordaje.
- Implementar la TIC para fortalecer las actividades de promoción de salud integral, dirigidas a los pacientes y familias
- Fortalecer la TIC a nivel de los servicios de I y II nivel de tal manera que facilite el acercamiento a los pacientes de zonas más alejadas a fin de evitar el abandono del tratamiento

REFERENCIAS

1. Represas F, Carrera A., Clavería A. Perfil clínico de los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 en el Área Sanitaria de Vigo. Revista española de salud pública, 92, e201803008. 2020.
2. Carrillo Rodrigo, Bernabé A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2019 Ene [citado 2020 Dic 25]; 36(1): 26-36. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726
3. Awad S, Huangfu P, Dargham S, Ajlouni K, Batieha A, Khader, Abu-Raddad L. J. (2020). Characterizing the type 2 diabetes mellitus epidemic in Jordan up to 2050. Scientific reports, 10(1), 1-10.
4. La diabetes [internet] .im Médico Hospitalario. [citado 2020 Dic 20]
Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/upload/noticias/12893/V90.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística. Programa de enfermedades no transmisibles, Perú 2018.
6. Vázquez F, Cervantes A, Solís A, Franco T, Valencia L, Centeno C, Avilés P. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 17(2), 94-99. 2012
7. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. España, Ed, Elsevier; 2011.
8. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Ministerio de Salud. Lima-Perú. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico,

tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.
R.M. N° 719-2015/MINSA. 2016

9. Pesantes A, Lazo M, Cárdenas K, Diez-Canseco F, Tanaka J, Carrillo R et al. Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2020 Jul [citado 2020 Dic 25]; 37(3): 541-546. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342020000300541&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5980>
10. Guíñez M. Impacto del COVID-19 (SARS-CoV-2) a nivel mundial, implicaciones y medidas preventivas en la práctica dental y sus consecuencias psicológicas en los Pacientes. Int. J. Odontostomat. [Internet] 2020 Sep. [citado 2020 Dic 23]; 14(3): 271-278. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2020000300271&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300271>
11. Organización Panamericana de Salud/ Organización mundial de la salud. La COVID-19, afectó los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas [internet]. [citado 2020, 23 diciembre] Disponible en:
<https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-uncionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
12. Curioso H, Galán E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Jul [citado 2020 Dic 25]; 37(3): 366-375. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300366&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>.

13. MINSA. Resolución Ministerial N° 146-2020. Directiva administrativa para la implementación y desarrollo de los servicios de teleorientación y telemonitoreo. Lima-Trujillo, 2020.
14. Arteaga E, Martínez M, Romero G. Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* 27.1 2019): 52-59.
15. Hernández Y, Ibarra C, Prieto M, Pinto P, Rodríguez S. Significado de cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Revista repertorio de Medicina y Cirugía*, 18(4), 246-250. 2009
16. Schroder A, Vanz A, Geremia C, Trindade C, Canabarro S. Telehealth in a reference center in Diabetes Mellitus: a cross-sectional analysis. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2021 [cited 2020 Dec 25] ; 25(1): e20200046. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-1452021000100212&LNG=en.EpubSep04, 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0046>.
17. Ruiz de Adana M, Alhambra M, Muñoz A, González I, Colomo N, Torres I, Aguilar M, Carral F, Serrano M, Martinez M, Duran A, Palomares R; Diabetes Group of SAEDYN (Andalusian Society of Endocrinology, Diabetes, and Nutrition). Randomized Study to Evaluate the Impact of Telemedicine Care in Patients With Type 1 Diabetes With Multiple Doses of Insulin and Suboptimal HbA1c in Andalusia (Spain): PLATEDIAN Study. *Diabetes Care*. 2020 [cited 2020 Dec 25] Feb; 43(2):337-342. DOI: 10.2337/dc19-0739
18. Rodríguez P. Uso de telemedicina en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos, farmacéuticos y pacientes: estudio enreda2. Granada: Universidad de Granada, 2020. [citado 2020 Dic 20] Disponible en:

[<https://digibug.ugr.es/handle/10481/58669>]

19. Marcos J, Romero J, Aguirre P, Gonzalez A. "Reduction of complications generated by Type 2 Diabetes Mellitus using a remote health care solution in Peru," 2020 15th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), Sevilla, Spain, 2020. [Cited 2020 Dec 25]. Available from:
<https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/9141064>
20. Wolderufael M, Dereje N. Self-Care Practice and Associated Factors Among People Living with Type 2 Diabetes in Addis Ababa, Ethiopia: A Facility-Based Cross-Sectional Study. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021 [cited 2020 Dec 25] Jan 6; 14:1-9. doi: 10.2147/DMSO.S287352. PMID: 33442277; PMCID: PMC7797280.
21. Soler Y, Pérez E, López M, Quezada D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2016 [citado 22 Ene 2021]; 20(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4295>
22. Gómez D. Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al Puesto de Salud Fortalecido de San Sebastián Coatán, Huehuetenango, Guatemala. Año 2017. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. [Tesis de grado]. [citado 22 Ene 2021] Disponible en
<http://biblio3.url.edu.gt/publijrcifuentes/TESIS/2018/09/02/Gomez-Deidy.pdf>
23. Montalván G, Pineda K. Conocimiento, prácticas y actitudes de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus. Universidad Nacional de Trujillo [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. 2018 [citado 22 Ene 2021]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13737/1830.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Lima Perú, 2017.
25. Sociedad Peruana de Endocrinología. Definición y Diagnóstico. En: Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, disponible en línea. 1ra. edición. Lima: Mujica y Asociados S.A.C. 2008. [citado 22 Ene 2021]. Disponible en:
<http://www.endocrinoperu.org/pdf/Guia%20Peruana%20de%20Diagnostico%20Control%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf>
26. Sepúlveda E, Poínhos R, Constante M, Pais-Ribeiro J, Freitas P, Carvalho D. Relationship between chronic complications, hypertension, and health-related quality of life in Portuguese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2015 Oct 30; 8: 535-42. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634825/>
27. Ahluwalia R, Vora J. Management of type 2 diabetes: from guidelines to clinical practice. *Med Clin (Barc)* 2010; 135(Suppl 2): 9-14.
28. Organización Mundial de la Salud. Directrices para el desarrollo de un programa nacional para la diabetes mellitus. Ginebra: OMS. División de enfermedades no transmisibles y tecnología de la salud, 1991. Informe OMS/DBO/DM 91-1
29. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia. Lima-Perú, 2016.

30. Curioso W, Galán E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. ACTA MEDICA Peru [Internet]. 18 de agosto de 2020 [citado 25 de noviembre de 2020]; 37(3). Disponible en: <http://www.amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1004>.
31. Solórzano FAV, García JHF, Morillo AVS, Párraga JAS. Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Rev Científica Sinapsis [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado 25 de noviembre de 2020]; 1(16).
32. Mercado A. Quédate en casa. Reinventémonos. Reflexiones de una Pandemia. Rev. Colomb. Nefrol. 2020; [citado 25 de noviembre de 2020]; 7(Supl.2):17-19. Disponible en: <https://doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.508>
33. MINSA. Resolución Ministerial N° 182-2020. Documento técnico: Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID 19. Lima-Perú 2020.
34. Gómez Rivas J, Rodríguez-Serrano A, Loeb S, Yuen-Chun Teoh J, Ribal MJ, Bloemberg J, et al. Telemedicina y trabajo inteligente: adaptación al español de las recomendaciones de la Asociación Europea de Urología. Actas Urol Esp [Internet]. 11 de septiembre de 2020 [citado 26 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480620301959>
35. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19 [Internet]. [Citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012099572020000500005&script=sci_abstract&tlng=es
36. Velásquez JRM. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. Rev Colomb Gastroenterol. 6 de mayo de 2020; 35 (Supl. 1):5-16.

37. Ministerio de Salud del Perú, RD-213-2020-SA-DG-INR.M 146 -2020. Plan de implementación de telesalud del Instituto de Rehabilitación “Dra Adriana Rebaza Flores” Amistad Perú-Japón.
38. Suárez V, Graziella M. Telemonitoreo del adulto mayor en diabetes e hipertensión arterial. 9 de julio de 2020 [citado 25 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/handle/10609/120600>.
39. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [citado 29 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
40. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la diabetes. OMS, 2016 [citado 29 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=CE9C13208EBBEB28C262EF1D7A3ADF52?sequence=1>
41. American Diabetes Association. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020 Jan; 43(Suppl 1):S66-S76. [citado 6 Ene 2021]; Available from: <https://doi.org/10.2337/dc20-S006>
42. Hernández R, Fernández C, Batista M. Metodología de la investigación. Quinta edición – McGraw Hill/ Interamericana Editores, S.A. México. 2014.
43. Caro J, et al. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) en personas mellitus con diabetes tipo 2. Aten Primaria. 2015. [citado 3 Ene 2021]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>

44. Universidad Cayetano Heredia. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. RMH [Internet]. 16sep.2013 [citado 18ene2021]; 4(3). Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>
45. Vite F, Flores J, Salazar A, Sornoza J. Práctica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Revista Sinapsis. (Ecuador) 2020; [citado 3 Ene 2021]; 1(16). Disponible en:
<https://www.itsup.edu.ec/sinapsis/index.php/sinapsis/article/view/346/430>
46. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 3 Ene 2021]; 32(4). Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>
47. Fortes A, De Olivera M, De Araujo L. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 14 Ene 2021]; 14(3). Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
48. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 3 Ene 2021]; 36(6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201400060004
49. Naranjo Y. Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Ene 22]; 19(3): 89-100. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es)

50. Fernández, A. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Rev. Esp. Méd Quir 2012; [citado 2021 Ene 22]; 17(2):94-99. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf>
51. Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Envejecimiento y nutrición. Intervención nutricional en pacientes diabéticos. [citado 2021 Ene 22]; Disponible en: <http://www.segg.es/media/descargas/INTERVENCION-NUTRICIONAL-EN-PACIENTES-DIABETICOS.pdf>
52. Calderón G, Rojas J. Prácticas de Autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al Programa “Riesgo cardiovascular” en la ESE Carmen Emilia Ospina Sede Granjas Neiva, 2013. [Trabajo de Grado para optar el título de enfermero]. Universidad Surcolombiana. Facultad de Enfermería Neiva-Huila, 2014. [Citado 2021 Ene 22] Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/231.T.G-Gonzalo-Andres-Calderon-Santana-Jorge-Eduardo-Rojas-Duque-2014.pdf>
53. Yorde S. Cómo lograr una vida saludable. An Venez Nutr [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Ene 23]; 27(1): 129-142. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079807522014000100018&lng=es
54. Nares M, González A, Martínez F, Morales M. Hipoglucemia: el tiempo es cerebro. ¿Qué estamos haciendo mal? Artículo de revisión Med Int Méx. 2018 noviembre-diciembre [citado 2021 Ene 23]; 34(6):881-895. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n6/0186-4866-mim-34-06-881.pdf>

			Control de glicemia	<ul style="list-style-type: none">• ¿Durante los últimos 7 días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendados por los profesionales de salud?	Malo 0 - 2 Regular 3 - 5 bueno 6 - 7
--	--	--	---------------------	---	--

ANEXO Nº 2



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA MEDIR AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES MEASURE (SDSCA)

Autores: Caro J; Morilla J, et al (2017)

Instrucciones:

Las cuestiones de abajo preguntan sobre sus actividades para el autocuidado de su diabetes durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo/a en los últimos 7 días, por favor piense en otros 7 días en los que no estuviese enfermo. Rodee con un círculo el número que corresponde con su respuesta.

Dieta

1. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha seguido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. ¿Durante el último mes, cuantos DÍAS A LA SEMANA ha seguido una dieta saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido cinco o más porciones/raciones de frutas y vegetales?

0 1 2 3 4 5 6 7

Ejercicio

4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuantos días ha realizado usted por lo menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad que incluye caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

5. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha realizado una sesión específica de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

Análisis de Sangre

6. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado análisis de azúcar en sangre?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendados por los profesionales de salud?

0 1 2 3 4 5 6 7