



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

Tesis

Autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital
público de Lima 2026

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Torres Ravichagua, Lucy Epifanía

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8632-4307>

Asesor: Mg. Quispe Casanova, Alexander Abel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7319-7228>

Lima – Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01
		FECHA: 08/11/2022

Yo, **Lucy Epifania Torres Ravichagua** egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Enfermería** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026”** Asesorado por el docente: **MG. Quispe Casanova Alexander Abel** DNI 43277477 ORCID **0000-0001-7319-7228** tiene un índice de similitud de **20 (veinte) %** con código oid: 14912:555318893 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 Lucy Epifania Torres Ravichagua
 DNI: 44941011

.....
 Firma de autor 2



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor Quispe Casanova Alexander Abel
 DNI: ...43277477

Lima, 03 de mayo de 2026

DEDICATORIA:

En primer lugar, a Dios por orientarnos en este camino y a nuestra familia, que vela por nuestro bienestar, nos apoya sin condiciones y nos brinda la energía y el entusiasmo para continuar hacia adelante

AGRADECIMIENTO:

Hasta ahora, la Universidad Norbert Wiener es el camino hacia la felicidad; en segundo lugar, cada uno de los miembros de nuestra familia. A nuestros profesores. Mg. por la ayuda y cooperación que nos ha brindado en el proceso de ejecución del proyecto para lograr nuestros objetivos y ponerlo en práctica en un futuro

JURADO

Presidente: Mg.

Secretario: Mg.

Vocal: Mg.

ÍNDICE

Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Jurado	v
Indices de Contenidos	vi
Resumenes	viii
Abstrac	ix
Introducción	x
CAPITULO I. LOS PROBLEMAS	11
1.1. Planteamientos de los problemas	11
1.2. Formulaciones de los problemas	13
1.2.1 Problemas generales	13
1.2.2 Problema específicos	13
1.3 Objetivos de las investigaciones	14
1.3.1. Objetivos generales	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificaciones en las investigaciones	15
1.4.1 Teóricas	15
1.4.2. Metodológicas	15
1.4.3. Prácticas	15
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedente	17
2.2 Base Teóricas	20
2.3 Formulaciones en las hipótesis	26
2.3.1. Hipótesis generales	26
2.3.2. Hipótesis específica	26
CAPITULO III METODOLOGÍAS	28
3.1. Métodos en las investigaciones	28
3.2. Enfoques de las investigaciones	28
3.3. Tipos de investigaciones	28
3.4. Diseños de las investigaciones	28
3.5. Población, muestras y muestreos	29
3.6. Variable y operacionalización	31

3.7.	Técnica con instrumento en recolecciones del dato	33
3.7.1.	Técnicas	33
3.7.2.	Descripción del instrumento	33
3.7.3.	Validación	34
3.7.4.	Confiabilidades	35
3.8.	Planes de procesamientos con análisis de dato	35
3.9.	Aspecto ético	36
CAPITULO IV. PRESENTACIONES Y DISCUSIONES DEL RESULTADO		37
4.1.	Resultado	37
4.2.	Análisis descriptivo del resultado	37
4.3.	Pruebas en las hipótesis	47
4.4.	Discusiones del resultado	52
CAPÍTULOS V: CONCLUSION Y RECOMENDACIÓN		54
5.1.	Conclusión	54
5.2.	Recomendación	55
REFERENCIA		56
Anexo		64
Matriz de consistencias		65

Resumen

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético. **Metodología:** Se utilizó un método cuantitativo, de carácter aplicado, no experimental, correlacional y transversal. El muestreo no fue probabilístico. Se obtuvo la muestra a través de la fórmula de población finita, resultando en 124 encuestados en total. **Resultados:** el autocuidado malo representa el 31,5% del total de pacientes, distribuido en 16,1% con mala calidad de vida, 11,3% con calidad de vida regular y 4,0% con buena calidad de vida. El autocuidado regular corresponde al 46,0% del total, de los cuales el 12,1% presenta mala calidad de vida, el 30,6% calidad de vida regular y el 3,2% buena calidad de vida. Por su parte, el autocuidado bueno constituye el 22,6% de los pacientes, con 1,6% de mala calidad de vida, 8,1% de calidad de vida regular y 12,9% de buena calidad de vida. **Conclusión:** Con base en los resultados obtenidos ($\rho = 0,664$; $p = 0,000$), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa, directa y moderada entre el autocuidado y la calidad de vida, evidenciando que mayores niveles de autocuidado se asocian con una mejor calidad de vida en pacientes con pie diabético.

Palabras clave: Calidad de vida, autocuidado, pie diabético.

Abstract

Objective: To determine the relationship between self-care and the quality of life of patients with diabetic foot. **Methodology:** A quantitative, applied, non-experimental, correlational and cross-sectional method was used. The sampling was not probabilistic. The sample was obtained through the finite population formula, resulting in 124 respondents in total. **Results:** Poor self-care represents 31.5% of the total number of patients, distributed in 16.1% with poor quality of life, 11.3% with regular quality of life and 4.0% with good quality of life. Regular self-care corresponds to 46.0% of the total, of which 12.1% have poor quality of life, 30.6% regular quality of life and 3.2% good quality of life. On the other hand, good self-care constitutes 22.6% of patients, with 1.6% of poor quality of life, 8.1% of regular quality of life and 12.9% of good quality of life. **Conclusion:** Based on the results obtained ($\rho = 0.664$; $p = 0.000$), it is concluded that there is a statistically significant, direct and moderate relationship between self-care and quality of life, evidencing that higher levels of self-care are associated with a better quality of life in patients with diabetic foot.

Key words: Quality of life, self-care, diabetic foot..

INTRODUCCIÓN

El pie diabético es una de las complicaciones crónicas más graves de la diabetes mellitus tipo 2. Puede producir ulceraciones, infecciones profundas y, en situaciones extremas, amputaciones. Esto tiene un fuerte impacto negativo en la autonomía y en el bienestar del enfermo. En Perú, cerca del 10% de los individuos con diabetes tiene pie diabético y numerosos casos requieren atención en hospitales cuando la enfermedad ya se ha desarrollado, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones severas y el peso sobre el sistema público de salud.

Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el nivel de autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con pie diabético. Comprender estos aspectos es crucial para diseñar intervenciones efectivas que promuevan la salud del paciente con pie diabético. Se pretende, mediante una investigación minuciosa y completa, determinar los obstáculos y las brechas de conocimiento que afrontan los enfermos con esta enfermedad para poner en práctica procedimientos preventivos.

Pese a que esta complicación tiene un gran impacto, los pacientes tienen fallos en la práctica del autocuidado, como no examinarse los pies todos los días lo suficiente, no saber escoger el calzado apropiado, utilizar prácticas no aconsejadas y tener un acceso escaso a educación sanitaria efectiva sobre prevención. Estas falencias en el autocuidado se ven empeoradas por la falta de unidades especializadas en pie diabético en ciertos hospitales públicos, además de las lagunas en la educación y apoyo brindados por los profesionales de salud, lo que restringe tanto la prevención como el tratamiento integral.

El estudio está compuesto por cinco capítulos: Capítulo 1: titulado el problema; presenta la problemática que se estudia para su formulación posterior, así como los objetivos

del estudio, la justificación y las limitaciones. Capítulo 2: Está compuesto por el marco teórico, que incluye los antecedentes de la investigación y el desarrollo de la teoría existente en la literatura sobre las variables estudiadas. Por último, se expone cómo se formularon los casos hipotéticos propuestos como respuesta a los objetivos. Capítulo 3: se muestra cómo se ha desarrollado la metodología empleada, y también se presenta la población, las variables y la muestra de estudio, así como los instrumentos y técnicas para obtener los datos. Capítulo 4: en este capítulo se exponen los resultados de la información analizada con el fin de responder a las hipótesis y objetivos del estudio. Capítulo 5: se obtienen la conclusión obtenida y recomendación en el problema, al final mostramos la bibliografía y el anexo dadas en este trabajo

CAPITULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 el 14% de las personas mayores de 18 años vivía con diabetes, lo que evidencia un incremento importante en comparación con 1990, cuando la cifra era del 7%. Ese mismo año, más de la mitad (59%) de los adultos de 30 años o más con diabetes no recibía ningún tipo de tratamiento farmacológico para esta condición. La menor cobertura terapéutica frente a la diabetes se registró en los países de ingreso mediano bajo (1).

Esta enfermedad presenta múltiples complicaciones, entre ellas el pie diabético, que sin un manejo adecuado puede evolucionar a cuadros graves, incluso hasta la amputación del pie. Sin embargo, en muchos casos los pacientes no le otorgan la importancia necesaria, lo que repercute negativamente en su calidad de vida (2). Esto se evidenció en un estudio realizado en Grecia en 2022, donde los pacientes mostraron niveles moderados a altos de calidad de vida en dimensiones como bienestar emocional, dolor, funcionamiento social y energía/fatiga; mientras que en la percepción de su salud general se registraron niveles moderados (mediana: 50). Asimismo, se identificaron niveles elevados de ansiedad en el 13,8% y de depresión en el 20,0% de los participantes (3).

De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló que el incremento de la obesidad, los hábitos alimentarios inadecuados y la falta de actividad física han contribuido a triplicar el número de adultos con diabetes en las Américas en los últimos 30 años. Actualmente, alrededor de 62 millones de personas viven con esta enfermedad en la región, cifra que podría aumentar considerablemente debido a que aproximadamente el 40% de los casos no han sido diagnosticados. De mantenerse las tendencias actuales, se estima que para el año 2040 alrededor de 109 millones de personas padecerán diabetes en las Américas (4).

En América Latina, las úlceras del pie diabético (UPD) constituyen una complicación frecuente de la diabetes mellitus y representan una causa importante de morbilidad, mortalidad y elevados costos sanitarios. En la región, esta condición es responsable del 3,7% de los ingresos hospitalarios y del 20% de las hospitalizaciones en pacientes con diabetes mellitus (5). En el Hospital Clínico Provincial de Santa Clara, Cuba, el 29% de los pacientes que requirieron atención vascular fueron derivados por esta causa. En dicha ciudad se reportaron 16 276 pacientes diabéticos en 2019, de los cuales 835 recibieron tratamiento con Heberprot-P por úlceras de pie diabético (6).

Entre los distintos tipos de diabetes, la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) afecta aproximadamente a 387 millones de personas a nivel mundial. En el Perú, donde es considerada un problema de salud pública, su prevalencia varía entre 4,1% y 8,4%. Una de las principales complicaciones de este tipo de diabetes es el pie diabético, el cual resulta frecuente e incapacitante debido al alto riesgo de desarrollar úlceras y, en muchos casos, de requerir amputaciones. Se calcula que al menos 8000 pacientes diabéticos son amputados anualmente en el país (7). En este contexto, EsSalud informó que en 2022 más de 400 pacientes diabéticos del Hospital Guillermo Almenara desarrollaron úlceras en los pies, lo que representó un incremento del 23% en comparación con los casos reportados antes de la pandemia (8).

Asimismo, diversos estudios a nivel nacional indican que el pie diabético presenta un incremento preocupante. Esta complicación se manifiesta principalmente por la aparición de úlceras en los pies que, sin un tratamiento oportuno y adecuado, pueden evolucionar hacia la amputación de las extremidades inferiores, generando discapacidad, deterioro de la calidad de vida y altos costos para el sistema de salud (9). Por ello, el nivel de conocimiento del paciente resulta fundamental; no obstante, este suele ser insuficiente, como se evidenció en un estudio realizado en un hospital de Barranca, donde más del 70% de los pacientes presentó

conocimientos de nivel medio a deficiente sobre el autocuidado de los pies, especialmente en relación con los factores de riesgo y las prácticas de higiene (10).

En un hospital público en Lima, atiende a pacientes de 65 años que presentan problemas relacionados con las pérdidas de controles en tratamientos de úlcera por pie diabéticos, interrupciones de farmacoterapias y desregulaciones de glucemias, agrava las úlceras por autocuidados ineficaces, como métodos no recomendados, provocando casos severos de gangrena que resulta en amputaciones y, fallecimiento del paciente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación que existe entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Identificar la relación que existe entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Identificar la relación que existe entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Identificar la relación que existe entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Identificar la relación que existe entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teóricas

Facilitará realización en reflexiones, revisión con cuestionamiento en fundamentos conceptuales relativos a prevenciones con complicación enfrentando el paciente diagnosticado de pie diabético. Estas medidas se fundamentan en conocimientos y en estrategias del autocuidado donde la enfermera puede instruir, las cuales es útil en manejar padecimientos no comprometer calidad de vida o cualquier acción para influir en desarrollo sociales y familiares.

Se fundamentará para teoría de Dorothea Orem, postula al cuidado tiende amalgamas de actividad ejecutadas en individuos responsables hacia aquellos que es dependiente durante período específico, implementándose continua según los objetivos en preservar la salud. Se fundamenta en elementos teórico y conceptual dando nuevo conocimiento, contribuyendo a las investigaciones científicas. Se propone establecer correlación de autocuidados con la forma de vida, de acuerdo con Dorothea Orem, sin inherencia, pero sí de aprendizajes adquiridos.

Facilitará la concretización de frecuencia y relación existente del hallazgo obtenido. Las estrategias de tener dicho mal implican abordarlo en perspectivas positivas y abordarlos con el objetivo de propiciar una transformación beneficiosa para los pacientes. Orem articulaba los autocuidados referidos a las medidas para habilitar al individuo en tener bienestares en la salud responsables, respondiendo de manera continuas a la necesidad para surgir durante su existencia.

La razón teórica para estudiar sus calidades en la vida en el paciente con el pie diabético basados en necesidad para entender cómo esta complicación impacta de manera global a los afectados, más allá de los síntomas clínicos. La valoración en calidades de su vida en el paciente posibilita identificación en áreas críticas que necesitan intervención, favoreciendo la creación de estrategias multidisciplinarias enfocadas en el paciente para potenciar su bienestar global y evitar problemas futuros.

1.4.2. Metodológica

Los hallazgos de este estudio contribuirán a la replicación de investigaciones empíricas mediante la implementación de métodos investigativos innovadores que resulten beneficiosos para profesional enfermero en práctica de autocuidados y medidas preventiva en paciente diagnosticado con diabetes. Esto otorgará un carácter científico al hallazgo obtenido,

considerando la utilización de herramientas que permitan identificar problemáticas particulares y responder a interrogantes de investigadores.

En fundamentación metodológicas, el trabajo orientará hacia respuestas en objetivo e hipótesis pertinentes, adoptando enfoques hipotético-deductivo, adoptando enfoques cuantitativos, en alcances descriptivos correlacionales en diseños experimentales transversales. Se emplearán los instrumentos pertinentes, que incluyen el autocuidado SDSCA-Sp con cuestionarios DQOL. El instrumento fue completamente validado y confiable en sus aplicaciones.

1.4.3. Prácticas

Las conclusiones del estudio serán de relevancia para que el personal de enfermería implemente estrategias destinadas en mejora de la vida del paciente diagnosticados de diabetes. Asimismo, se propone establecer acción comprometiendo al profesional con educaciones del sujeto, con el objetivo de que su implicación en el cuidado del paciente sea efectiva y mejoras en aspectos sociales y físicos.

Los objetivos a trabajar es tener planes de cuidados dirigidos al paciente de pie diabético, tomar en cuenta complicaciones de su patología y aumentar su conciencia conforme progresan sus tratamientos, fortalecer su vínculo con sus entornos familiares y promover sus consolidaciones del bienestar colectivo. Así se articula para las teorías de enfermeros para Orem, enfatiza los roles profesionales en enfermería en la disminución de padecer patologías que comprometan la salud comunitaria y promueve medidas para la detección precoz de cualquier cáncer que puedan comprometer la vida del individuo.

Los hallazgos derivados permitirán discernir la frecuencia y las correlaciones con objetivo e hipótesis propuestos para autocuidados y el bienestar del paciente. A partir del

hallazgo, se podrán sugerir programas de formación para mitigar la negativa percepción de albergar paciente.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporales

El estudio fue durante 2025-2026, en septiembre, octubre, noviembre y diciembre culminando en enero del 2026.

1.5.2 Espacial

El hospital de Lima fue el lugar en el que se desarrollará la investigación actual.

1.5.3 Población o unidades para análisis

Estuvo conformados por pacientes con pie diabético en un hospital de Lima.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Dos Santos y col., (11), en el 2024, en Brasil, mediante el objetivo “Evaluar la calidad de vida (CdV) de pacientes con úlcera del pie diabético sometidos a tratamiento con terapia láser de baja intensidad (LLLT) a 904 nm y su asociación con el autocuidado”. Estudio, exploratorio aleatorizado, correlacional. Muestra de 120 pacientes. Método, los participantes recibieron fototerapia (o placebo) dos veces por semana, durante un total de 20 sesiones. Han evaluado calidades de vida del participante utilizando el cuestionario Short-Form 36. Resultados: Se incluyeron en el análisis sesenta y dos participantes. El grupo LG1 mostró mayor proporción de curación, el grupo CG mostró una menor proporción que los otros grupos. El grupo LG1 mostró relación entre limitaciones físicas y controles de glucemias, el dolor y cuidado de pies, y estado de salud (GHS) y cuidado de pies. El grupo GL2 mostró una relación entre las limitaciones físicas y glucemias, la vitalidad y cuidados del pie, GHS y dieta. Conclusiones: La terapia con láser de baja intensidad han tenido impactos positivos en calidades de vida evaluada en cuestionario Short-Form 36 (capacidad funcional, vitalidad y dominios del dolor), hubo asociación positiva de calidad de vida y autocuidado LLLT (limitaciones físicas, dolor, GHS y dominios de vitalidad).

Rodríguez y col., (12), en el 2024, en México, con el objetivo “Analizar la evidencia científica disponible sobre el estilo de vida y autocuidado de los pacientes con riesgo de pie diabético”. Estudio, no experimentales, correlacional. Muestras en 150 entrevistas. Métodos, usaron instrumentos de la encuesta. Resultados, El autocuidado puede ser influenciado por la cultura, el contexto y la falta de conocimientos; estos son factores de riesgo para desarrollar pie diabético. La asociación entre el riesgo de pie diabético y la edad avanzada, los años desde el

diagnóstico y el autocuidado deficiente de los pies se ha establecido. Conclusión: existe una relación entre el riesgo de pie diabético en los ancianos y la falta de autocuidado. Para instaurar medidas preventivas efectivas y disminuir el peligro de pie diabético, se aconseja extender la búsqueda e incluir a individuos que tengan menos de 40 años.

Younhee y Park (13), en el 2024, en Corea del Sur, mediante el objetivo “Determinar actividad de autocuidado de diabetes entre pacientes con neuropatía diabética y determinar sus correlatos”. Estudio, descriptivos, correlacionales. Muestra de 100 usuarios. Método, usaron estadísticas descriptivas y análisis de regresión jerárquica para analizar los factores que afectan las actividades de autocuidado de diabetes. Con pautas STROBE para garantizar la presentación rigurosa de informes de estudios transversales. Resultados, hay correlación positiva de autocuidado de diabetes y factor del conocimiento de cuidado de pies de diabéticos, prácticas de cuidado de pies, la interpretación de neuropatía diabética y confianza en cuidados del pie. La confianza en el cuidado se correlacionó con conocimiento, las prácticas y la interpretación de la neuropatía en el cuidado de pies de diabéticos, se relacionó negativa con estrés diabético.

Rocha y col., (14), en el 2023, en Brasil, con el objetivo “Comprender las prácticas de autocuidado y explorar su relación con el riesgo de herida en el pie y la calidad de vida de personas con diabetes tipo 2 en ciudad del nordeste Brasil”. Estudio, exploratorio, descriptivo. Muestras en 300 pacientes. Métodos, el dato se dio por cuestionario sociodemográfico, riesgo de herida en pie. Resultados, adherencias de autocuidados es baja ejercicios físicos, autocontrol en glucemia con cuidados del pie. La dieta y uso de medicamentos mejor adherencia. El riesgo de heridas en pies se relacionó con falta de adherencia a la dieta, las actividades físicas y control en glucemia. Calidad de vida se asoció para actividad física. Conclusión: existe relación de adherencias a la práctica de autocuidados, el riesgo heridas de pies y la calidad de vida.

Polikandrioti y col., (15), en el 2021, en Grecia, a través de objetivo “Analizar efecto de la diferencia de género en la calidad de vida (CdV) y la adherencia a las actividades de autocuidado en pacientes con úlceras de pie diabético”. Estudio, transversal, correlacional. Muestra de 135 pacientes varones y 135 mujeres con úlceras de pie diabético UPD. Método, los datos se recopilaron con encuesta formato breve (SF-36) y cuestionario de autocuidado (dietas, ejercicios, análisis sanguíneo con control del pie). Resultados, en calidad de vida, los participantes masculinos tuvieron niveles moderados y alto para energías/fatigas, bienestar emocional, funciones sociales y dolores corporales, niveles bajos en lo físico. Las pacientes femeninas con calidad moderada energías/fatigas y en los sociales, calidades bajas en físico, los masculinos tuvieron calidades moderadas y mujer en calidad moderadas. Conclusión: El profesional de enfoques específicos según el género en el tratamiento de la ulceración.

A nivel nacional:

Rodríguez y col., (19), en el año 2024 mediante el objetivo “Determinar las evidencias científicas de los estilos de vida con los autocuidados de usuarios en riesgos de pie diabético”. Estudios, correlacional, no experimentales, transversal. Muestras para 200 entrevistas. Métodos, usaron de instrumentos a la encuesta. Resultado, sobre diabetes mellitus, estilos de vida, pie diabético y autocuidados; encontró asociaciones de riesgos pies diabéticos en años diagnósticos, autocuidados inadecuados en pie y edad avanzada. Conclusiones, hay relación de déficit de autocuidados con riesgos de pie diabético en adultos mayores.

Medina y col., (17), en el 2023, en su trabajo con el objetivo “Analizar programas educativos que modifica autocuidados de pies en usuarios diabéticos”. Estudios, cuantitativos, correlacionales. Muestra de 120 usuarios diabéticos con pie de riesgos grado 0. Método, emplearon observaciones, revisiones documentales, las entrevistas no estructuradas,

cuestionarios y técnica en información. Resultados, las aplicaciones del instrumento fue femenino, con grupos de edad de 61 y 70 años y malos autocuidados de pies. Conclusión, diseñaron programas educativos participativo, valora grupos de especialistas e implementación.

Ramos (18), en el 2023, con su objetivo “Analizar relaciones existentes del autocuidado con calidad de vida en diabéticos del Centro de Salud I-3 Metropolitano Puno”. Estudio, correlacionales, cuantitativos, no experimentales. Muestra de 44 usuarios. Métodos, las técnicas son encuestas y aplicó instrumentos: cuestionarios diabetes 39 y cuestionarios de conducta de autocuidados. Resultados, el 51% mujeres y 50% hombres. Los autocuidados tienen correlaciones con calidad de vida. Las dimensiones alimentaciones con correlaciones moderadas con calidad de vida, hay correlación positiva de dimensiones cuidados de pies con calidad de vida; correlaciones moderadas de asistencias a control con calidad de vida.

Pacheco (19), en el 2022, mediante el objetivo “Analizar el factor asociado de calidad de vida con la salud de usuarios diabético tratado en el Centro de Salud de Acomayo”. Estudio, correlacional, observacionales. Muestra de 140 pacientes. Métodos, uso cuestionarios validados (Diabetes-39) y ficha de recolecciones de datos. Resultados, hay asociaciones de calidades con edades ($p=0,011$), sexos ($p=0,022$), grados instrucciones ($p=0,012$), tiempos a la enfermedad ($p=0,002$) complicaciones de pies diabéticos ($p=0,001$). Conclusiones, el factor asociado a malas calidades de vida del paciente con diabetes en edades a más de 60 años.

Dávila y Cieza (20) en el 2022 en Chíncha realizaron un estudio, con el objetivo de “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado del pie diabético en pacientes del Hospital Rural de Picota” Estudio correlacional y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 34 pacientes, se utilizaron 2 cuestionarios como instrumento y la técnica utilizada fue la encuesta. Resultados: De los 34 pacientes con pie diabético de la muestra, el 91,2% tenía un nivel de conocimiento bajo y el 8,8% un nivel de

conocimiento medio; el 11,76% afirmó que el nivel de práctica de autocuidado fue insuficiente y el 88,24% afirmó que el nivel de práctica de autocuidado fue suficiente. No existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes con pie diabético del Hospital Rural Picota, Región San Martín – 2021

2.2.Bases Teóricas

2.2.1. Primera variable: Autocuidado

Actividad que el paciente llevan a cabo para su bienestar sin supervisiones del profesional de salud, y capacidades del individuo, familia y comunidades para fomentar la salud mediante prácticas adecuadas de promociones en salud. Son definidos en capacidades para proporcionar cuidados conforme a necesidades y prevenir factores de riesgo. Para individuos con diabetes, los autocuidados son fundamental para disminuir los niveles de glucosa en sangre y, por fin, mantener la estabilidad de estos niveles y prevenir complicaciones adicionales (21).

Práctica de autocuidados de sujetos con la enfermedad

Prácticas en autocuidados que exige compromiso personal para regular glucosas para sangre con prevención en alteraciones, mejorando así la salud y la calidad de vida mediante hábitos alimentarios adecuados, ejercicios físicos, tratamientos y terapias. Los autocuidados son fundamentales para sujetos con diabetes tipo 2, ya que permiten gestionar sus condiciones y evitar complicaciones. Las prácticas abarcan monitoreo regular de glucosa, dieta equilibrada, la gestión dietética, control de presión arterial, cuidado del pie con medicamentos (22).

Medidas de los autocuidados para la diabetes.

La adecuada atención a personas diabéticos con controles óptimos de glucosas sanguínea depende de nutrición adecuada. Efectuar seguimiento continuo. Ejercicio físico. Regulación de

directrices médicas. Solucionar problemas. Se vinculan con procesos farmacológicas y no farmacológicas, áreas de monitoreo y atención sanitaria, así como interacciones entre profesionales de salud domiciliaria, lo que puede obstaculizar las interacciones personales en salud y restringir las barreras del individuo. Respecto a la capacidad para llevar a cabo cuidados personales, puede abarcar las atenciones médicas, recursos y apoyo social apropiados (23).

Teoría relacionada de la diabetes

Las teorías de autocuidados de Dorothea Orem, dice el déficit de autocuidado se dan por las teorías: de autocuidados y déficit en autocuidados. Define actividad en conocimiento personal para alcanzar objetivos. Comportamientos observables en circunstancias de la vida en las cuales las personas responden a elementos que impiden su progreso, el de otros y el entorno. Con requisitos de autocuidados, fundamental en modelo de evaluación individual, usa concepto de demandas y define actividades de cuidado para llevar a cabo a cabo a sí mismo. Autocuidado colaborativo. Fomento autocuidado. Requisitos de autocuidado por condiciones de salud (24).

Según Orem, el autocuidado consiste en adoptar las acciones necesarias para preservar la salud. No obstante, si la persona es incapaz de llevar a cabo la actividad, presenta déficit en autocuidados subsanados a través del cuidado, relación sexual La teoría alude a la práctica del autocuidado, físico y emocional. Indica los individuos son responsables de su bienestar y deben adoptar medidas para preservar la salud y prevenir enfermedades. La teoría respalda la relevancia del conocimiento y la educación. La teoría otorga a los individuos un mayor control sobre su salud y bienestar mediante prácticas y decisiones fundamentadas (25).

Teorías de los déficits de los autocuidados

Se alude a la disminución de capacidades de pacientes de satisfacer su necesidad debido a ciertas dificultades, y actividades terapéuticas de autoservicio y autocuidado inherentes a los

individuos, también capacidades en adaptar al cambio interno o externo. Las competencias de autocuidado están inadecuadas para satisfacer necesidades de tratamiento, requiriendo la búsqueda de asistencia externa, seas del familiar, amigos del enfermero. El individuo tiene su propio cuidado es agente de autocuidado. La teoría sostiene que todos poseen la capacidad de autocuidado, aunque esta habilidad puede verse restringida por diversas condiciones de salud. Esta restricción puede resultar en una deficiencia de autocuidado, eso que exige la intervención de un cuidador para proporcionar la atención necesaria (26).

El autocuidado implica las prácticas e implementaciones de medida en beneficios personales, lo cual son fundamental de quien sufre de diabetes, ya que facilita preservación de vida, la salud y bienestares. Se relaciona con cuidado y directriz establecidas del enfermero, vinculados al aspecto económico, social y culturales. Se reconoció gestión de tratamientos de diabetes, el paciente tiene conocimiento y habilidad en comportamiento de autocuidados. Es fundamental de control metabólico y disminución de complicación asociadas con diabetes (27).

Los autocuidados abarcan series de actividades fundamentales donde el sujeto conscientemente preserva un estado óptimo de vida, desarrollo y bienestar, constituyéndose métodos de acciones. El desarrollo de autocuidados facilitará la satisfacción de necesidades y la superación de limitaciones laborales, aprovechando el cuidado de enfermería. El autocuidado debe ser enseñado, transformado en un hábito y practicado diariamente a lo largo de la vida, atendiendo a necesidades de organización humana en diversas etapas de crecimiento y desarrollo, el estado de salud y consumos energéticos (28).

Dimensiones de los autocuidados.

Primera dimensión: Régimen alimentario

La alimentación es fundamental en manejo y control de esta afección. Una dieta estructurada contribuye mantener nivel de glucosa sanguínea, prevención de complicación con mejora de su bienestar, las personas manejar su condición y mejorar su calidad de vida. Son conductas alimentarias para desarrollar estilo de vida saludable. Actividades físicas: Se ha constatado que las inercias, son actividades físicas con gastos energéticos, como factor cuarto de riesgos de mortandad global (7%) estableció récord mundial. Tratamiento: medidas en mitigar patología. Cuidado personal: Son higiene, nutrición y vestimenta (29).

Segunda dimensión: Actividad Física

Las actividades físicas son esenciales para controlar diabetes del autocuidado. El ejercicio regular no solo contribuye a mantener niveles óptimos de glucosa en sangre, sino que también mejora la salud cardiovascular, facilita la pérdida de peso y eleva el bienestar general; Integrar la actividad física en el autocuidado de la diabetes es una estrategia efectiva para optimizar el control de la glucosa en sangre, la salud general y la calidad de vida (30).

Tercera dimensión: Adherencia al tratamiento

Las adherencias al tratamiento en los autocuidados de la diabetes son fundamental en manejar efectiva la diabetes con prevenciones de su complicación. La adherencia al tratamiento implica cumplir de manera consistente con las recomendaciones médicas, que abarcan la medicación, dietas, consultas regular con el profesional. Las adherencias al tratamiento es elemento del autocuidado en la diabetes. Garantizar que pacientes entiendan y se adhieran a sus objetivos de tratamiento mejoren notablemente los resultados de salud y la calidad de vida (31).

Cuarta dimensión: Cuidados de Pies

Adherencia a tratamiento en autocuidados en diabetes es fundamental en manejar las enfermedades y las prevenciones de las complicaciones. Las adherencias a tratamientos en poder cumplir de manera consistente con las recomendaciones médicas, que abarcan las medicaciones, las dietas, los ejercicios y las consultas regulares con el enfermero. Las adherencias a tratamiento son buenas de autocuidado en diabetes. Garantiza para entender y se adhieran a objetivos de tratamiento pueden mejorar resultados de salud y calidad de vida (32).

Quinta dimensión: Cuidados de la piel

Diabetes mellitus. Se distingue por manchas rojizas de diámetro entre 5 y 2 cm., con el tiempo se hacen oscura y diminutas costras. No conllevan repercusiones severas sin dolor, con impacto negativo en la autoestima, su localización es rodillas, tobillos, muslos o antebrazos, más en masculinos. Amarillo en la piel. Hay pigmentaciones amarillentas en manos y planta del pie cuando los niveles en azúcar superan estándares normales. Este incide en colágeno, proporciona resistencia a huesos, piel, cabello y uñas. Bullosis diabetes mellitus. Hay pus en la piel saludable de antebrazos, piernas, pies y dedos, no provoca molestias (33).

Necrobiosis de tipo lipoído. Hay pápulas (erupciones) de tonalidad roja, se hace gradual hasta bifurcarse, con placas de dimensiones variadas, con bordes amarillos y pueden ocasionar comezón. Se dan más en mujeres y se dan en manos, antebrazos, muslos, abdomen, frente y cabello. Eritema asociado a la diabetes. Se da en sujetos de edad avanzada con áreas rojas en la región inferior de las extremidades inferiores y en los pies. Una variante es la rubeosis diabética, con manchas en cara y manos. La neuropatía diabética, hay altos niveles de glucemia deterioran nervios, con pérdida sensorial e impotencia sexual. Aumenta la susceptibilidad al pie diabético, la ausencia de dolor causa infección de lesiones, cortes o rasguños en extremidades (34).

2.2.2. Segunda variable: Calidad de vida

Se refiere a las percepciones individuales del individuo respecto a sus posiciones en la vida, en consonancia con el valor y culturas en los que cohabita, y con sus objetivos, inquietudes, legislación y expectativas. Tomando en cuenta que su estado psicológico, grados de independencia, estado físico, relaciones interpersonales y su entorno (35).

Teorías de Calidad de vida

Numerosos investigadores han explorado el método para formular teoría de calidad de vida, así como métodos mediante los cuales los individuos logran alcanzarla. Con enfoque personal o subjetivo, se identifica la dimensión cultural y ambiental, obviando la distinción entre fases de afecto y cognitiva, permitiendo evaluación en marco de concepción de calidad de vida. No es el entorno el que propicia la satisfacción en el sujeto, sino la evaluación individual del mismo. La teoría finalista postula que bienestar alcanza con determinación de objetivos dados. Los integrantes de la sociedad experimentan un temor a la existencia cotidiana y al paso del tiempo, sin poseer objetivo concreto por el cual esforzarse para superarse (36).

La teoría cognitiva se dedica a comparación social, con perspectivas subjetivo-interpretativas en la calidad de vida. Es las comparaciones reales, gran parte de las comunidades, las mismas son realizadas por los individuos. Es crucial destacar que, a medida que el individuo inicia su construcción del mundo, comienza a comprender diversas directrices para recibir información dada por terceros. La comparación se realizará en función de su autopercepción, y será determinada por sus percepciones acerca de sus experiencias, vida personal. Es imperativo examinar la realidad y la vida personal con el objetivo de deducir una conclusión tras realizar comparaciones con uno o más individuos (37).

Historia de la calidad de vida

Desde siglo XX, las investigaciones centradas para calidad de vida captaron interés de diversos investigadores que buscan proporcionar respuestas científicas a demandas de incorporar en medición de salud las percepciones de individuos en relación con su salud. Se consideraban determinadas consideraciones médicas; luego se logró considerar la relevancia de los datos subjetivos provenientes del paciente. Con el transcurso del tiempo se intensifica la inquietud respecto a la calidad de vida. Van Dam en 1986 documenta que no existe definición consensuada de este concepto, se enfoca en conjunto de elementos, como malestar psíquico y físico, sentir bienestar y sexual, y tareas llevadas cotidiana (38).

Anderson, dicen que calidad de vida es evaluaciones integradas por bienestar físicos, sociales y mentales, como perciben por individuos y colectividades, factores de satisfacciones y recompensas. Szalai 1980 dice que calidad de vidas como evaluación del carácter bueno de la vida, como componente integral, con interrelación de lo subjetivo y objetivo. Las calidades de vida son percepción del paciente tiene en existencias y satisfacción con su nivel laboral en comparación con su percepción ideal. El individuo aprecia su calidad de vida, por experiencia personal y de objetivos. La OMS conceptualiza la calidad de vida en percepción que tiene de su lugar de existencia, en contexto de cultura y sistema de valores guían su vida cotidiana (39).

Dimensión Bienestar Físico.

Es el estado de salud óptimo del individuo, es la percepción del organismo está en condiciones óptimas, por consumo de alimentos saludables. La salud se articula en: funciones físicas. Alude a restricciones que obstaculizan la ejecución de actividad física diariamente, está asociado en contratiempos laborales. La vitalidad alude a percepción de energía y vitalidad, contrasta con percepción de fatiga y agotamiento, dolor corporal. Indicador de inestabilidad física. Sensación desagradable, dados en pinchazo, hormigueo, picadura o incomodidad. Indicadores de

intervención en salud. Procedimientos terapéuticos empleados para el tratamiento de afección que demandan la prescripción de un profesional de la salud. Índice de competencia laboral (40).

Dimensión Bienestar psicológico

Es bienestar en el que el individuo tiene conciencia de competencias para situaciones que surgen en vida cotidiana, facilitándole desempeño laboral eficiente y capacidad de contribuir a la sociedad. Es esencial poseer la habilidad individual o colectiva para ejecutar expresiones emocionales, interactuar con otros individuos, tener enfoque cognitivo, disfrutar y comprender cómo esforzarse para obtener sustento. Salvaguardar, restaurar y fomentar la salud mental, es preocupación para la sociedad, el individuo y comunidad. Determinante de Concentración. Habilidad del ser humano en coordinar acciones. Signo de Seguridad. Sensación de seguridad de su existencia. Señal de Sueño. Similar a la percepción de reposo que un individuo tiene cuando se produce el proceso de tranquilidad (41).

Dimensión Bienestar social

Es forma en los individuos establecen relación, por conexión a nivel sentimental, emocional, de conveniencia. Son fundamentales para la coexistencia comunitaria y suelen manifestarse de diversas formas, en ámbito laboral, educativo, matrimonial, están familiares o con amigos, siempre que existan posibilidades de que los individuos establezcan comunicaciones efectivas y desarrollen empatías. Considerando que dichos vínculos son intrínsecos al ser humano y ser regulados mediante normas, prácticas cotidianas o convenios. Facilitando la formación de vínculos complejos y agrupaciones sociales que forman parte de la colectividad (42).

El control de relaciones es un componente integral de personalidad del sujeto y un componente esencial en coexistencia social. Su capacidad para generar satisfacción o provocar dolor está condicionada por elección del individuo y por la naturaleza del vínculo con otros individuos.

En consecuencia, el mantenimiento de una relación armónica con los demás contribuye a la formación de individuos saludables en el ámbito social, tolerantes, aptos para integrarse sin dificultad en cualquier contexto y con habilidades para interactuar con otros individuos (43).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético

H2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se empleará el enfoque hipotético-deductivo, dado que permite formular hipótesis a partir de conocimientos previos y someterlas a contrastación empírica, con el fin de aceptar o refutar los supuestos planteados. Este enfoque se sustenta en la deducción lógica de conclusiones derivadas de premisas verificables, lo que posibilita obtener resultados objetivos y fundamentados en hechos observables (44).

3.2. Enfoque de la investigación

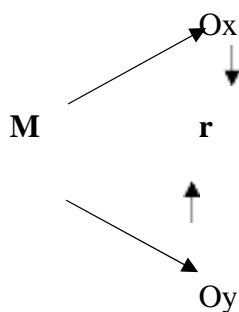
La investigación se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, debido a que las variables de estudio serán medidas y expresadas numéricamente. Para la recolección de datos se emplearán instrumentos de evaluación que permitirán obtener información cuantificable, la cual será organizada mediante frecuencias y porcentajes. Los datos obtenidos serán sometidos a procesamiento matemático y análisis estadístico, lo que facilitará su interpretación objetiva y sistemática. Asimismo, las variables serán categorizadas y cuantificadas, permitiendo la aplicación de técnicas estadísticas para la obtención de resultados precisos y verificables, acordes con los objetivos planteados en la investigación (45).

La presente investigación es de tipo aplicada, ya que se orienta a la generación de conocimientos con un propósito práctico, dirigido a la identificación y solución de problemas específicos. Su finalidad es demostrar que los métodos empleados contribuyen a atender necesidades concretas previamente identificadas, permitiendo intervenir sobre factores relevantes del contexto estudiado. De este modo, el conocimiento científico obtenido facilita la

comprobación de la hipótesis planteada y fortalece la comprensión de los fundamentos teóricos y empíricos que sustentan el estudio (46).

3.3. Diseño de investigación

El diseño es no experimental y de corte transversal, debido a que las variables de estudio no serán manipuladas, sino observadas y analizadas tal como se presentan en su contexto natural. Asimismo, la recolección de los datos se realizará en un único momento, lo que permitirá describir y analizar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en los pacientes con pie diabético, sin intervenir ni modificar las condiciones existentes, con el propósito de obtener información válida y objetiva sobre el fenómeno estudiado. Adicionalmente, se usa el alcance correlacional dado que busca establecer correlaciones entre variables que no han sufrido modificaciones y examinar fenómeno naturalmente en el análisis adecuado. Esto demuestra que las variables objeto de estudio no son manipuladas sin condiciones especiales, evidenciando que las variables en estudio no se manipulan por ningún motivo (47).



En:

M = Las muestras constituye como una muestra representativa.

O = Objetos de la investigación

Ox = Niveles de autocuidado

Oy = Calidad de vida

r = Relación entre variables

3.4. Población, muestra y muestreo

La selección equitativa de sujetos a investigar serán usuarios con diagnósticos para el pie diabético que se atienden en el hospital público del cercado de Lima (consulta externa, hospitalizaciones y unidades de herida) en los períodos a estudiar, estarán integrado por 182 sujetos con pie diabético en hospital público del cercado de Lima, de acuerdo a los registros estadísticos que fueron dadas por las unidades de salud.

Criterios de inclusión:

- Sujetos que estén diagnosticados con diabetes y tenga el pie diabético.
- Sujetos que tengan número telefónico registrado en bases de datos del hospital donde realizara el estudio y que tengan el pie diabético
- Sujetos que tengan edad mayor de 18 años.
- Sujetos que desean firmar consentimientos informados.

Criterios de exclusión:

- Enfermedad psiquiátrica grave o cognitivo que imposibilite entender o responder de manera válida a las herramientas (por ejemplo, demencia severa, psicosis activa).
- Operacionalización: valoración clínica o anotación en la historia clínica.
- Paciente en estado crítico o terminal (con una expectativa de vida inferior a 3 meses) que no permita el seguimiento ni la respuesta válida.
- Necesidad de intervención quirúrgica urgente o infección sistémica grave que imposibilite la entrevista.
- Gestación (si crees que el embarazo puede cambiar la calidad de vida y el autocuidado, y quieres uniformidad).
- No firmar o no aceptar el consentimiento informado.
- Participación en otro ensayo clínico que sea capaz de interferir con las variables de

calidad de vida o autocuidado (si corresponde).

- No poder expresarse en español (si los instrumentos no están validados en alguna otra lengua disponible).

Muestra:

Para definir el tamaño de la muestra en la encuesta se aplica la siguiente fórmula correspondiente a una población finita:

$$n = \frac{z^2 p q N}{E^2 (n-1) + z^2 .p.q}$$

Siendo:

Poblaciones $N = 182$

Niveles de confianzas $Z^2 = 95\%$, $X=0.05$, $Z=1.96$

Proporciones a favor $p = 0.5$

Proporciones en contra $q = 0.5$

Tamaños de las muestras o errores muestrales $n = 0.03$

Se reemplazan:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 182}{0.05^2 \times (182- 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 182}{0.0025 \times (181) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{174.7928}{1.4129}$$

$$n = 123.7120$$

$$n = 124$$

Asimismo, la muestra de estudio serán 124 pacientes con pie diabético.

Muestreo:

Este estudio propone un muestreo probabilístico aleatorio simple, es una técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman el universo y que por lo tanto están incluidos en el marco muestral tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

3.5. Variable y operacionalización**Variables de estudio**

V1: Autocuidado

V2: Calidad de vida

3.5.1. Operacionalizaciones de la variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles y rangos)
V1: Autocuidado	Son referidas en atenciones que reciben pacientes con úlceras diabéticas de los pies, quien se adhiere al tratamiento médico de mitigar deterioros de las enfermedades (48).	Las precauciones relacionadas con la dietas, las actividades, descanso y el cuidados del pie de los ancianos que padecen úlceras en dicha zona, con el objetivo de mitigar la enfermedad, lo que fue medido por un cuestionario de 26 ítems con 5 dimensiones (49).	Regímenes alimentarios	Información de la dieta. Alimentos permitidos y no permitidos en el plan alimenticio. Consultas nutricionales. Porciones de alimentos. Frecuencia de consumo de alimentos.	Ordinal	Malo 26 a 42 puntos Regular de 43 a 60 puntos Bueno 61 a 78 puntos
			Actividades físicas	Frecuencia de ejercicios diarios. Ejercicios según condición		
			Adherencia al tratamiento	Medicación según indicación médica. Medición de la presión arterial. Control de la glucosa. Efectos de los hipoglucemiantes.		
			Cuidados del pie	Lavado de los pies diariamente. Secado de los pies cuidadosamente. Uso de zapatos cómodos. Inspección diaria de los pies. Uso de medias sin ligas. Corte de uñas en forma recta.		
			Cuidado de piel	Baño y secado especial de pliegues. Uso de pantalón y manga larga. Evita rasguños y pinchazos de piel. Lavado de herida con agua y jabón. Lubricación con uso de cremas.		
V2: Calidad de vida	Definidos en bienestar personales que resulta en elementos	Elementos relacionados con lo físico, lo psicológico, la relación interpersonal y el entorno contribuyen al bienestar del adulto	Bienestar Físico	Buena salud Estado físico Mantenerse de pie Conservar su energía Fortaleza ante los sucesos Dolor	Ordinal	Buena calidad de vida: de 96 a 130 puntos

	significativos para el individuo, de modo que se sientan satisfechos (50).	mayor, permitiéndole sentirse satisfecho consigo mismo, lo que fue medido con un cuestionario de 24 preguntas con 3 dimensiones (51).	Bienestar psicológico	Disfrute de la vida Momentos de buen humor Reflexiones sobre diferentes aspectos Instantes de alegría Dignidad de la persona Reconocimiento Motivación Concentración Confianza		Regular calidad de vida 61 a 95 puntos
			Bienestar social	Compartir y tener relaciones sociales Apoyo social Solidaridad Condiciones laborales Servicios básicos.		Mala calidad de vida: de 26 a 60 puntos

3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.6.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas será las encuestas para las variables analizadas, con el objetivo de establecer un contacto directo de sujetos de poseer informaciones relevantes de alcanzar objetivos de investigación. Se utilizarán cuestionarios con escalas en calidad de vida en primera variable cuestionarios autocuidados del pie diabético en adultos mayores para la segunda variable, teniendo en cuenta dimensión y escalas correspondientes.

3.6.2. Descripciones del instrumento

Instrumento 1: Cuestionarios de autocuidado de pie diabético

Para medir las “**autocuidado de pie diabético**”, se utilizará un cuestionario de 26 ítems que considera las dimensiones de; Régimen alimentario (10 ítems), Actividad física (2 ítems), Adherencia al tratamiento (4 ítems), Cuidado de los pies (6 ítems) y Cuidado de la piel (6 ítems) de Marchan y Marchan (49) del año 2025 en Perú aplicado en Tumbes -Perú.

Para la calificación de la respuestas se empleará la escala Likert: Nunca (N = 1) A veces (AV= 2) Siempre (S = 3). Para la categorización de la variable, se utilizará las siguientes escalas de evaluación:

Malo 26 a 42 puntos

Regular de 43 a 60 puntos

Bueno 61 a 78 puntos

Instrumento 2: Cuestionario de calidad de vida

Para medir las “**calidad de vida**”, se utilizará un cuestionario de 24 ítems que considera las dimensiones de; bienestar físico (7 ítems), bienestar psicológico (10 ítems) y bienestar social (7 ítems) de Luque y Villanueva (51) del año 2020 en Perú aplicado en Lima -Perú.

Para la calificación de la respuestas se empleará la escala Likert: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5). Para la categorización de la variable, se utilizará las siguientes escalas de evaluación:

Buena calidad de vida: de 96 a 130 puntos

Regular calidad de vida 61 a 95 puntos

Mala calidad de vida: de 26 a 60 puntos

3.6.3. Validación

Instrumento 1: Cuestionarios de autocuidado de pie diabético

Marchan y Marchan (49) del año 2025 en Perú lo validado mediante 5 sujetos expertos, y después de realizar la prueba binomial, conforme a los valores asignados por cada juez; se consideró que el grado de concordancia entre las opiniones de los expertos fue significativo (1.00), lo cual refiere una validez “Excelente”.

Instrumento 2: Cuestionarios de calidades de vida

Luque y Villanueva (51) del año 2020 en Perú lo validado mediante cinco sujetos expertos, alcanzando una V de Aiken de 1.0 una fuerte validez.

3.6.4. Confiabilidad

Instrumento 1: Cuestionario de autocuidado de pie diabético

Marchan y Marchan (49) del año 2025 en Perú aplicaron con una prueba piloto el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.910, indica excelente confiabilidad de su uso en la investigación.

Instrumento 2: Cuestionario de calidad de vida

Luque y Villanueva (51) del año 2020 en Perú aplicaron las técnicas del alfa de Cronbach al instrumento, obteniendo coeficientes de 0.886, indicando unas excelentes confiabilidades para su uso en estudios correspondientes.

3.7. Planes de procesamientos y análisis de datos

Autorizaciones y coordinaciones previas para la recopilación de datos

Se llevarán a cabo las gestiones de autorizaciones con la autoridad del hospital y coordinará con enfermeros que determina los días que aplicarán el instrumento.

Implementación del instrumento de recopilación de datos.

Serán realizadas durante los meses de estudio en este año, seleccionando los días menos ocupados para la aplicación de los instrumentos, momento en el cual comunicaremos propósitos de trabajos y procederá en firma de consentimientos informados, estimando duraciones entre 15 y 20 minutos. Luego, se revisará cada instrumento para dar con los datos en Excel en su codificación.

Esquema de análisis

Una vez recopilados y organizados los datos en la base de Excel, llevaremos al softwares estadísticos SPSS IBM versiones 26.0 en llevar a cabo un análisis descriptivo con gráficos y tablas. Posteriormente, se realizará un análisis inferencial para evaluar las hipótesis, lo que implicará la determinación de las pruebas de normalidades relevantes con cálculo de coeficientes de compensación, según objetivos de establecer relaciones en variables.

3.8. Aspecto ético

Principios de autonomías. Se considerará la participación libre en sujetos por firmas de consentimientos informados. Se relaciona con la opción voluntaria en este estudio, explicamos objetivo y alcances, respetarán sus decisiones en ser parte, se requiere firmas de consentimientos informados.

Principios de beneficencias. Brindará asistencia a cada paciente diabético, informándole que este estudio optimizará su salud, detallándole los conocimientos y cuidados que debe adoptar y, lo más crucial, que estará en supervisiones del profesional de salud.

Principios de no maleficencias. Esto es inofensivo, ya que utiliza dos herramientas que no comprometerán las integridades físicas ni mentales. Por los enfoques de no causar daño de este trabajo, se informará a cada usuario diabético en investigaciones llevaba con fin académica donde el dato del paciente será anónimo.

Principios de justicias. El participante tendrá comunicación con respeto, no se discriminará por sus condiciones económicas, razas, religión, géneros o afiliaciones políticas. Se busca asegurar un trato equitativo y no discriminar a cada usuario de manera individual.

CAPITULO IV. PRESENTAR Y DISCUTIR LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.2. Evaluaciones que especifican el resultado

Tabla 1. Componentes sociodemográficos de los sujetos de estudio (n=124)

Parentesco familiar del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Esposa	32	25.8
Hijos	25	20.2
Técnica enfermera	67	54.0
Grado de instrucción del paciente		
Analfabeto	3	2.4
Primaria	29	23.4
Secundaria	53	42.7
Técnico superior	16	12.9
Universitaria	23	18.5
Edad		
Entre 50 a 60 años	29	23
Entre 61 a 70 años	42	34
Mas de 71 años	53	43

Fuente. Propio.

En el estudio participaron 81 personas, a quienes se les llevó a cabo un análisis sociodemográfico. En cuanto al Parentesco familiar del cuidador, Esposa 25.8%, Hijos 20.2%, Técnica enfermera 54%; Grado de instrucción del paciente Analfabeto 2.4%, Primaria 23.4%, Secundaria 42.7%, Técnico superior 12.9%, Universitaria 18.5%; Edad Entre 50 a 60 años 23%, Entre 61 a 70 años 34% y Mas de 71 años 43%

Tabla 2. Cruce entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

		Calidad de vida			Total	
		Mala	Regular	Buena		
Autocuidado	Malo	Recuento	20	14	5	39
		% del total	16.1	11.3	4.0	31.5
	Regular	Recuento	15	38	4	57
		% del total	12.1	30.6	3.2	46.0
	Bueno	Recuento	2	10	16	28
		% del total	1.6	8.1	12.9	22.6
Total	Recuento	37	62	25	124	
	% del total	29.8	50.0	20.2	100	

Fuente. Elaboración propia

En la Tabla 2, el autocuidado malo representa el 31,5% del total de pacientes, distribuido en 16,1% con mala calidad de vida, 11,3% con calidad de vida regular y 4,0% con buena calidad de vida. El autocuidado regular corresponde al 46,0% del total, de los cuales el 12,1% presenta mala calidad de vida, el 30,6% calidad de vida regular y el 3,2% buena calidad de vida. Por su parte, el autocuidado bueno constituye el 22,6% de los pacientes, con 1,6% de mala calidad de vida, 8,1% de calidad de vida regular y 12,9% de buena calidad de vida. En términos globales, la calidad de vida es mala en el 29,8% de los pacientes, regular en el 50,0% y buena en el 20,2%, sobre un total del 100%.

Tabla 3. Cruce entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

		Calidad de vida			Total	
		Mala	Regular	Buena		
Régimen alimentario	Malo	Recuento	18	13	2	33
		% del total	14.5	10.5	1.6	26.6
	Regular	Recuento	15	41	5	61
		% del total	12.1	33.1	4.0	49.2
	Bueno	Recuento	4	8	18	30
		% del total	3.2	6.5	14.5	24.2
Total	Recuento	37	62	25	124	
	% del total	29.8	50.0	20.2	100	

Fuente. Elaboración propia

En la Tabla 3, el régimen alimentario malo representa el 30,6% del total de pacientes, distribuido en 14,5% con mala calidad de vida, 10,5% con calidad de vida regular y 5,6% con buena calidad de vida. El régimen alimentario regular corresponde al 46,8% del total, de los cuales el 9,7% presenta mala calidad de vida, el 30,6% calidad de vida regular y el 6,5% buena calidad de vida. Por su parte, el régimen alimentario bueno constituye el 22,6% de los pacientes, con 1,6% de mala calidad de vida, 6,5% de calidad de vida regular y 14,5% de buena calidad de vida.

Tabla 4. Cruce entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

			Calidad de vida			Total
			Mala	Regular	Buena	
Actividad física	Malo	Recuento	22	13	3	38
		% del total	17.7	10.5	2.4	30.6
	Regular	Recuento	15	37	5	57
		% del total	12.1	29.8	4.0	46.0
	Bueno	Recuento	0	12	17	29
		% del total	0.0	9.7	13.7	23.4
Total	Recuento	37	62	25	124	
	% del total	29.8	50.0	20.2	100	

Fuente. Elaboración propia

En la Tabla 3, el régimen alimentario malo representa el 26,6% del total de pacientes, distribuido en 14,5% con mala calidad de vida, 10,5% con calidad de vida regular y 1,6% con buena calidad de vida. El régimen alimentario regular corresponde al 49,2% del total, de los cuales el 12,1% presenta mala calidad de vida, el 33,1% calidad de vida regular y el 4,0% buena calidad de vida. Por su parte, el régimen alimentario bueno constituye el 24,2% de los pacientes, con 3,2% de mala calidad de vida, 6,5% de calidad de vida regular y 14,5% de buena calidad de vida.

Tabla 5. Cruce entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

		Calidad de vida			Total	
		Mala	Regular	Buena		
Adherencia al tratamiento	Malo	Recuento	20	11	0	31
		% del total	16.1	8.9	0.0	25.0
	Regular	Recuento	14	39	2	55
		% del total	11.3	31.5	1.6	44.4
	Bueno	Recuento	3	12	23	38
		% del total	2.4	9.7	18.5	30.6
Total	Recuento	37	62	25	124	
	% del total	29.8	50.0	20.2	100	

Fuente. Elaboración propia

En la Tabla 5, la adherencia al tratamiento mala representa el 25,0% del total de pacientes, distribuida en 16,1% con mala calidad de vida, 8,9% con calidad de vida regular y 0,0% con buena calidad de vida. La adherencia al tratamiento regular corresponde al 44,4% del total, de los cuales el 11,3% presenta mala calidad de vida, el 31,5% calidad de vida regular y el 1,6% buena calidad de vida. Por su parte, la adherencia al tratamiento buena constituye el 30,6% de los pacientes, con 2,4% de mala calidad de vida, 9,7% de calidad de vida regular y 18,5% de buena calidad de vida.

Tabla 6. Cruce entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

			Calidad de vida			Total
			Mala	Regular	Buena	
Cuidados de los pies	Malo	Recuento	21	12	2	35
		% del total	16.9	9.7	1.6	28.2
	Regular	Recuento	12	40	6	58
		% del total	9.7	32.3	4.8	46.8
	Bueno	Recuento	4	10	17	31
		% del total	3.2	8.1	13.7	25.0
Total	Recuento	37	62	25	124	
	% del total	29.8	50.0	20.2	100	

Fuente. Propio.

En la Tabla 6, los cuidados de los pies malos representan el 28,2% del total de pacientes, distribuidos en 16,9% con mala calidad de vida, 9,7% con calidad de vida regular y 1,6% con buena calidad de vida. Los cuidados de los pies regulares corresponden al 46,8% del total, de los cuales el 9,7% presenta mala calidad de vida, el 32,3% calidad de vida regular y el 4,8% buena calidad de vida. Por su parte, los cuidados de los pies buenos constituyen el 25,0% de los pacientes, con 3,2% de mala calidad de vida, 8,1% de calidad de vida regular y 13,7% de buena calidad de vida.

Tabla 7. Cruce entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

		Calidad de vida			Total
		Mala	Regular	Buena	
Malo	Recuento	20	14	1	35
	% del total	16.1	11.3	0.8	28.2
Cuidados de la piel Regular	Recuento	12	38	6	56
	% del total	9.7	30.6	4.8	45.2
Bueno	Recuento	5	10	18	33
	% del total	4.0	8.1	14.5	26.6
Total	Recuento	37	62	25	124
	% del total	29.8	50.0	20.2	100

Fuente. Propio.

En la Tabla 7, los cuidados de la piel malos representan el 28,2% del total de pacientes, distribuidos en 16,1% con mala calidad de vida, 11,3% con calidad de vida regular y 0,8% con buena calidad de vida. Los cuidados de la piel regulares corresponden al 45,2% del total, de los cuales el 9,7% presenta mala calidad de vida, el 30,6% calidad de vida regular y el 4,8% buena calidad de vida. Por su parte, los cuidados de la piel buenos constituyen el 26,6% de los pacientes, con 4,0% de mala calidad de vida, 8,1% de calidad de vida regular y 14,5% de buena calidad de vida

4.3. Pruebas de hipótesis

Hipótesis generales

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026.

Tabla 8. Autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Autocuidado	Calidad de vida
Rho de Spearman	Autocuidado		
	Coefficiente de correlación	1,000	.664**
	Sig. (bilaterales)	.	.000
	N	124	124
Rho de Spearman	Calidad de vida		
	Coefficiente de correlación	.664**	1,000
	Sig. (bilaterales)	.000	.
	N	124	124

El coeficiente Rho de Spearman evidencia una **correlación positiva moderada y una relación directa** entre el autocuidado y la calidad de vida ($\rho = 0,664$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que indica que a mayores niveles de autocuidado corresponden mejores niveles de calidad de vida.

Hipótesis específicas

2.3.3. Hipótesis específicas

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético

Tabla 9. Autocuidado en dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Régimen alimentario	Calidad de vida
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	.613**
	Sig. (bilaterales)	.	.000
	N	124	124
	<hr/>		
n	Coefficiente de correlación	.613**	1,000
	Sig. (bilaterales)	.000	.
	N	124	124
	<hr/>		

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente Rho de Spearman indica una correlación positiva moderada y una relación directa entre el régimen alimentario y la calidad de vida ($\rho = 0,613$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que muestra que un mejor régimen alimentario se asocia con una mejor calidad de vida.

H2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Tabla 10. Autocuidado en dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Actividad física	Calidad de vida
Rho de Spearman	Actividad física		
	Coefficiente de correlación	1,000	.500**
	Sig. (bilaterales)	.	.000
	N	124	124
n	Calidad de vida		
	Coefficiente de correlación	.500**	1,000
	Sig. (bilaterales)	.000	.
	N	124	124

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente Rho de Spearman muestra una correlación positiva moderada y una relación directa entre la actividad física y la calidad de vida ($\rho = 0,500$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que indica que mayores niveles de actividad física se asocian con una mejor calidad de vida.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Ho: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético

Tabla 11. Autocuidado en dimensión tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Adherencia al tratamiento	Calidad de vida
Rho de Spearman	Adherencia tratamiento	1,000	.590**
		Sig. (bilaterales)	.000
		N	124
n	Calidad de vida	.590**	1,000
		Sig. (bilaterales)	.000
		N	124

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente Rho de Spearman evidencia una correlación positiva moderada y una relación directa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida ($p = 0,590$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que indica que una mayor adherencia al tratamiento se asocia con una mejor calidad de vida.

H4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Tabla 12. Autocuidado en dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Cuidados de los pies	Calidad de vida
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	.634**
	Sig. (bilaterales)	.	.000
	N	124	124
n	Coefficiente de correlación	.634**	1,000
	Sig. (bilaterales)	.000	.
	N	124	124

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente Rho de Spearman muestra una correlación positiva moderada y una relación directa entre los cuidados de los pies y la calidad de vida ($\rho = 0,634$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que indica que mejores cuidados de los pies se asocian con una mejor calidad de vida.

H5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.

Tabla 13. Autocuidado en dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público.

		Cuidados de la piel	Calidad de vida
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	.612**
	Sig. (bilaterales)	.	.000
	N	124	124
	<hr/>		
n	Coefficiente de correlación	.612**	1,000
	Sig. (bilaterales)	.000	.
	N	124	124
	<hr/>		

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente Rho de Spearman evidencia una correlación positiva moderada y una relación directa entre los cuidados de la piel y la calidad de vida ($\rho = 0,612$), con significancia estadística bilateral ($p = 0,000$), lo que indica que mejores cuidados de la piel se asocian con una mejor calidad de vida.

4.4. Discusión de resultados

En el estudio participaron 81 personas, a quienes se les llevó a cabo un análisis sociodemográfico. En cuanto al Parentesco familiar del cuidador, Esposa 25.8%, Hijos 20.2%, Técnica enfermera 54%; Grado de instrucción del paciente Analfabeto 2.4%, Primaria 23.4%, Secundaria 42.7%, Técnico superior 12.9%, Universitaria 18.5%; Edad Entre 50 a 60 años 23%, Entre 61 a 70 años 34% y Mas de 71 años 43%

De acuerdo con el objetivo general, los resultados del presente estudio demuestran la existencia de una relación estadísticamente significativa, directa y moderada entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con pie diabético ($\rho = 0,664$; $p = 0,000$), evidenciando que mayores niveles de autocuidado se asocian con una mejor calidad de vida. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Dos Santos y col. (11), quienes identificaron asociaciones positivas entre prácticas de autocuidado y diversos dominios de la calidad de vida, como la capacidad funcional, la vitalidad y el dolor, especialmente en pacientes que recibieron intervenciones orientadas al cuidado integral, lo que refuerza la relevancia del autocuidado como factor determinante del bienestar.

Asimismo, los resultados se alinean con lo señalado por Rodríguez y col. (12), quienes destacan que el autocuidado deficiente constituye un factor de riesgo relevante para el desarrollo del pie diabético, especialmente en poblaciones de mayor edad. La relación encontrada entre autocuidado y calidad de vida en el presente estudio respalda la necesidad de fortalecer las prácticas de autocuidado como medida preventiva, coincidiendo con Ramos (18), quien reportó correlaciones moderadas entre diversas dimensiones del autocuidado, como la alimentación, el cuidado de los pies y la asistencia a controles, con la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Por otro lado, los hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Dávila y Cieza (20), quienes no encontraron relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de

autocuidado, lo que sugiere que el conocimiento aislado no siempre se traduce en conductas adecuadas ni en una mejor calidad de vida. No obstante, los resultados de Pacheco (19) refuerzan la importancia de considerar factores clínicos y sociodemográficos, como la edad y las complicaciones del pie diabético, que pueden influir negativamente en la calidad de vida. En conjunto, la evidencia respalda que el autocuidado efectivo, más allá del conocimiento teórico, es un elemento clave para mejorar la calidad de vida en pacientes con pie diabético.

Según el objetivo específico 1 se evidencia que el régimen alimentario mantiene una relación estadísticamente significativa, directa y de magnitud moderada con la calidad de vida de los pacientes con pie diabético ($\rho = 0,613$; $p = 0,000$), lo que indica que un adecuado control alimentario se asocia con mejores niveles de bienestar. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Ramos (18), quien identificó correlaciones moderadas entre la dimensión alimentación del autocuidado y la calidad de vida en pacientes diabéticos, destacando además la relación positiva de otras dimensiones como el cuidado de los pies y la asistencia a controles. Ello refuerza la importancia del componente nutricional como un eje central del autocuidado que impacta directamente en la percepción de calidad de vida.

Asimismo, los resultados guardan relación parcial con el estudio de Pacheco (19), quien encontró asociaciones significativas entre la calidad de vida y diversos factores sociodemográficos y clínicos, entre ellos las complicaciones del pie diabético. Aunque este estudio no analizó directamente el régimen alimentario como dimensión del autocuidado, sus conclusiones evidencian que la presencia de complicaciones, muchas veces vinculadas a un inadecuado control metabólico y alimentario, deteriora la calidad de vida, especialmente en pacientes mayores de 60 años. Esto permite inferir que una alimentación adecuada podría contribuir indirectamente a la prevención de complicaciones y, por ende, a una mejor calidad de vida.

Por otro lado, los resultados difieren de lo reportado por Dávila y Cieza (20), quienes no encontraron relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado del pie diabético, lo que sugiere que el conocimiento por sí solo no garantiza conductas adecuadas de autocuidado ni un impacto positivo en la calidad de vida. En contraste, el estudio de Rocha et al. (14) respalda los hallazgos del presente trabajo, al evidenciar que la adherencia a la dieta y al uso de medicamentos se asocia con mejores resultados en la calidad de vida, mientras que la baja adherencia a la actividad física incrementa el riesgo de heridas en los pies. En conjunto, estos estudios confirman que la práctica efectiva del autocuidado, particularmente en la alimentación, constituye un factor determinante para mejorar la calidad de vida en personas con diabetes y pie diabético.

En relación con el objetivo específico 2, los resultados del presente estudio evidencian que la actividad física mantiene una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida ($p = 0,500$; $p = 0,000$), lo que demuestra que la práctica regular de actividad física se asocia con mejores condiciones de vida en pacientes con pie diabético. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Rocha y col. (14), quienes identificaron que la calidad de vida se encuentra asociada a la actividad física, y que la baja adherencia a esta práctica incrementa el riesgo de heridas en los pies. De manera similar, Ramos (18) reportó correlaciones entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida, lo que respalda la importancia del ejercicio como componente del autocuidado integral.

Asimismo, los resultados se relacionan con lo reportado por Younhee y Park (13), quienes encontraron correlaciones positivas entre el autocuidado y factores como el conocimiento, la confianza y las prácticas de cuidado, elementos que favorecen la adherencia a conductas saludables, incluida la actividad física. Aunque dicho estudio se centró en pacientes con neuropatía diabética, sus hallazgos refuerzan la idea de que una mayor participación en actividades de autocuidado se vincula con un mejor bienestar general. En

conjunto, la evidencia confirma que la actividad física constituye un factor clave dentro del autocuidado, con un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con pie diabético.

De acuerdo con el objetivo específico 3, los resultados del presente estudio evidencian que la adherencia al tratamiento mantiene una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida ($\rho = 0,590$; $p = 0,000$), lo que confirma que el cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico y de las indicaciones médicas influye positivamente en el bienestar de los pacientes con pie diabético. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Pacheco (19), quien identificó que la calidad de vida del paciente diabético se asocia con diversos factores clínicos, entre ellos las complicaciones del pie diabético, las cuales suelen estar relacionadas con un inadecuado control y baja adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes de mayor edad.

Por otro lado, los resultados difieren parcialmente de lo encontrado por Dávila y Cieza (20), quienes no evidenciaron relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado. Esta discrepancia sugiere que el conocimiento, por sí solo, no garantiza una adecuada adherencia al tratamiento ni un impacto positivo en la calidad de vida, resaltando la importancia de reforzar estrategias que promuevan la aplicación práctica de las indicaciones terapéuticas. En conjunto, la evidencia respalda que la adherencia efectiva al tratamiento constituye un componente fundamental del autocuidado, con un efecto directo sobre la calidad de vida de los pacientes con pie diabético.

En relación con el objetivo específico 4, los resultados del presente estudio muestran que los cuidados de los pies mantienen una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida ($\rho = 0,634$; $p = 0,000$), lo que resalta que un adecuado cuidado de los pies se asocia con una mejor percepción de calidad de vida en pacientes con pie diabético. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Ramos (18), quien evidenció una correlación positiva entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida,

confirmando que las prácticas preventivas y de cuidado influyen favorablemente en el bienestar del paciente.

Asimismo, los resultados se relacionan con el estudio de Medina y col. (17), quienes demostraron que la implementación de programas educativos orientados al autocuidado de los pies mejora las prácticas de cuidado en pacientes diabéticos con pie de riesgo. Aunque su estudio se enfocó en la modificación de conductas mediante intervenciones educativas, sus conclusiones refuerzan la importancia del cuidado adecuado de los pies como una estrategia fundamental para prevenir complicaciones, reducir limitaciones funcionales y, en consecuencia, favorecer una mejor calidad de vida.

Respecto al objetivo específico 5, los resultados evidencian que los cuidados de la piel mantienen una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida ($p = 0,612$; $p = 0,000$), lo que confirma que las prácticas adecuadas de cuidado cutáneo influyen positivamente en el bienestar general del paciente con pie diabético. Estos hallazgos son coherentes con lo reportado por Rodríguez y col. (12), quienes identificaron que el autocuidado deficiente —condicionado por factores culturales, contextuales y de conocimiento— se asocia con un mayor riesgo de pie diabético, especialmente en adultos mayores, afectando negativamente su calidad de vida.

De manera concordante, Rocha y col. (14) demostraron que la baja adherencia a las prácticas de autocuidado, entre ellas el control de la piel y del pie, se relaciona con un mayor riesgo de heridas y con una peor calidad de vida en personas con diabetes tipo 2. Asimismo, Polikandrioti y col. (15) evidenciaron que la adherencia a las actividades de autocuidado se asocia con diferencias en la calidad de vida según el género en pacientes con úlceras de pie diabético, reforzando la relevancia del cuidado integral de la piel como componente esencial del autocuidado, capaz de prevenir complicaciones y mejorar la percepción global de calidad de vida.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos ($\rho = 0,664$; $p = 0,000$), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa, directa y moderada entre el autocuidado y la calidad de vida, evidenciando que mayores niveles de autocuidado se asocian con una mejor calidad de vida en pacientes con pie diabético.

A partir de los resultados obtenidos ($\rho = 0,613$; $p = 0,000$), se establece que el régimen alimentario presenta una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida, evidenciando que un mejor control alimentario se vincula con niveles más favorables de calidad de vida en pacientes con pie diabético.

Los resultados correspondientes a la actividad física ($\rho = 0,500$; $p = 0,000$) muestran una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida, lo que demuestra que la práctica regular de actividad física se asocia con mejores condiciones de vida en esta población.

En relación con la adherencia al tratamiento, los resultados ($\rho = 0,590$; $p = 0,000$) indican una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida, confirmando que el cumplimiento del tratamiento influye positivamente en el bienestar del paciente.

Los resultados obtenidos para los cuidados de los pies ($\rho = 0,634$; $p = 0,000$) evidencian una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida, resaltando que un adecuado cuidado de los pies se asocia con una mejor percepción de calidad de vida.

Respecto a los cuidados de la piel, los resultados ($\rho = 0,612$; $p = 0,000$) demuestran una relación estadísticamente significativa, directa y moderada con la calidad de vida, lo que pone de manifiesto la importancia del cuidado de la piel en el bienestar general del paciente.

5.2. Recomendaciones

- Se aconseja llevar a cabo educación continua para el paciente con el fin de mejorar su conocimiento y su autoeficacia en lo que respecta al cuidado de sus pies. Organizar sesiones educativas periódicas sobre qué es el pie diabético, cuáles son sus causas y cómo evitar que surjan complicaciones. Concentrarse en prácticas específicas: secado y lavado diarios, inspección visual (particularmente entre los dedos), corte de uñas adecuado y uso de calzado correcto.
- Se aconseja hacer prácticas de autocuidado del pie todos los días. Rutina sugerida para los pacientes: Inspección cotidiana: Examine los dos pies con buena luz; si no puede observar la planta, utilice un espejo. Higiene: Lavar con agua tibia y un jabón neutro, secar delicadamente, en particular entre los dedos. Hidratación: Para disminuir el riesgo de excesiva humedad, es necesario aplicar la crema sin que entre en los dedos. Uñas: Cortar con línea recta y limar los bordes de forma suave. Calzado apropiado: utilización de zapatos cerrados, cómodos y sin costuras internas que generen presión en la piel.
- Se aconseja realizar un monitoreo clínico de manera regular. Evaluación regular por parte de un equipo multidisciplinario: endocrinología, enfermería y podología/fisioterapia cuando sea posible. Evaluación del riesgo de ulceración: análisis de la perfusión y la sensibilidad. Anotación de prácticas de autocuidado en cada cita con el fin de fortalecer la motivación y hallar problemas. Remisión a una unidad de pie diabético si se presentan lesiones o factores de riesgo elevados.
- Se recomienda implementar el enfoque psicosocial y la asistencia a las familias. Elementos que afectan la calidad de vida: La salud mental, la educación y el respaldo familiar afectan la adherencia al autocuidado. Las sesiones de apoyo o las actividades

en grupo tienen el potencial de disminuir la depresión/ansiedad y fortalecer prácticas saludables. Involucrar a las familias en la educación sobre cuidado personal para optimizar el cumplimiento de rutinas. Los cuidados físicos, así como los factores sociales y emocionales, influyen en la calidad de vida.

- Se recomienda mantener un estilo de vida y un control metabólico. Control adecuado de la glucosa: Educación para la observación de glucosa y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Nutrición saludable: guía de nutrición para conservar la estabilidad de los niveles de glucosa. Ejercicio regular: ajustado a la capacidad y sin peligro de lesión en los pies. Dejar de fumar: optimiza la perfusión y disminuye las complicaciones.

- Se recomienda reforzar el sistema sanitario. Para los grupos de salud del centro hospitalario: Entrenar al equipo clínico en las sugerencias de autocuidado más recientes. Protocolos de seguimiento y educación estandarizados. Acceso a soporte técnico o zapatos de terapia cuando sea posible.

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Who; 2024 [citado el 10 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. American Diabetes Association. Introduction: Standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care [Internet]. 2022 [citado el 10 de febrero de 2026];45(1):S1–2. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S1/138921/Introduction-Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes
3. Vasilopoulos G, Koutelekos I, Panoutsopoulos G, Gerogianni G, Babatsikou F, et al. Quality of life in diabetic foot ulcer: Associated factors and the impact of anxiety/depression and adherence to self-care. Int J Low Extrem Wounds [Internet]. 2022;19(2):165–79. [citado el 10 de febrero de 2026];45(1):S1–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1534734619900415>
4. Organización Panamericana de la Salud. Nov 11. El número de personas con diabetes en las Américas se ha triplicado en tres décadas, según un informe de la OPS [Internet]. Paho. 2022 [citado el 10 de febrero de 2026] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2022-numero-personas-con-diabetes-americas-se-ha-triplicado-tres-decadas-según>
5. Arias F, Jiménez M, Ríos K, Murillo G, Toapanta D, Rubio K. Update in diagnosis and treatment: bibliographic review. Angiologia [Internet]. 2023 [citado el 10 de febrero de 2026];75(4):242–58. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006

6. Artiles A, Valdivia T, Rodríguez B, Del Pino L, Pérez A, Medina E. Programa educativo para el autocuidado de los pies en pacientes diabéticos [Internet]. 2022 [citado el 10 de febrero de 2026] 17(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v17n1/2709-7927-amdc-17-01-93.pdf>
7. Minsa. Minsa brinda recomendaciones para prevenir el pie diabético [Internet]. Gob.pe; 2022 [citado el 10 de febrero de 2026] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/585421-minsa-brinda-recomendaciones-para-prevenir-el-pie-diabetico>
8. EsSalud. Aumentan en más de 20% hospitalizaciones por casos de pie diabético en [Internet]. Essalud. 2022 [citado el 10 de febrero de 2026] Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=aumentan-en-mas-de-20-hospitalizaciones-por-casos-de-pie-diabetico-en-essalud>
9. Talaya E, Tarraga L, Madrona F, Romero JM, Tárraga PJ. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. J Negat No Posit Results [Internet]. 2022 [citado el 10 de febrero de 2026] 7(2):235–65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000200005
10. Fernandez Y, Jacobo J. Nivel de conocimiento sobre prevención de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital de Barranca 2022. Universidad Nacional de Barranca; 2023. [citado el 10 de febrero de 2026] Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/187/TESIS%20Fernandez%20Tineo%20Yudy%20Yuly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Dos Santos C., de Souza P., da Rocha R., da Silva F., Fontenele R., Silva C., Saura V. Adherence to Self-care and Quality of Life of Patients with Diabetic Foot Ulcers Treated with Low-Level Laser Therapy: An Exploratory Study. Adv Skin Wound

- Care. 2024 Aug 1;37(8):1-10. doi: 10.1097/ASW.0000000000000189. PMID: 39037103. En internet <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39037103/> accedido el 10 de enero del 2025
12. Rodríguez C., Meza C., Rodríguez R. Estilo de vida y autocuidado en el paciente con riesgo de pie diabético: Revisión de la literatura. *Sanus [revista en la Internet]*. 2024 Dic [citado el 10 de febrero de 2026] ; 9: e441. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942024000100201&lng=es. Epub 09-Feb-2024. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.441>.
13. Younhee Y., Park I. Actividades de autocuidado de la diabetes y sus correlatos en pacientes con neuropatía diabética. 2024. En internet <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.17380>. accedido el 10 de enero del 2025
14. Rocha R., Silva C., Campelo B., Pedro M., Sousa S., Cardoso S. El riesgo de heridas en los pies y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 están relacionados con el autocuidado. *ABCS Health Sci. [Internet]*. 2023 [citado el 10 de febrero de 2026];48:e023209. Disponible en: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1789>
15. Polikandrioti M., Vasilopoulos G., Dousis E., Gerogianni G., Panoutsopoulos G., Dedes V., Koutelekos I. Quality of Life and Self-care Activities in Diabetic Ulcer Patients, Grade 3: Gender Differences. *J Caring Sci*. 2021 Sep 25;10(4):184-190. doi: 10.34172/jcs.2021.031. PMID: 34849363; PMCID: PMC8609127. En internet <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8609127/>
16. Rodríguez C., Meza F., Rodríguez M. Estilo de vida y autocuidado en el paciente con riesgo de pie diabético: revisión de la literatura. *SANUS Rev Enf [Internet]*. 2024

- [citado el 10 de febrero de 2026];9(20):e441. Disponible en:
<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/441>
17. Medina A., Álvarez T., Martínez B., Pino J., López A., García E. Programa educativo para el autocuidado de los pies en pacientes diabéticos. 2023. En internet <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1806>
 18. Ramos K. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, del Centro de Salud I-3 Metropolitano, Puno 2023. En internet <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/16479> accedido el 17 de febrero de 2025
 19. Pacheco J. Factores asociados a la calidad de vida relacionado a la salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tratados en un centro de salud de Ica. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2022. 7. 10.26722/rpmi.2022.v7n4.4. En internet https://www.researchgate.net/publication/371038777_Factores_asociados_a_la_calidad_de_vida_relacionado_a_la_salud_de_los_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_2_tratados_en_un_centro_de_salud_de_Ica accedido el 17 de febrero de 2025
 20. Dávila D, Cieza S. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en la prevención de pie diabético en pacientes del Hospital Rural Picota, Region San Martin 2021. PE; 2022. [citado el 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1738>
 21. Gholizadeh M., Heydari S., Mir N., Taghipour H., Hatamzadeh N., Jalilian H. Evaluation of Self-Care and Its Association with Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. Evidence Based Health Policy, Management & Economics. 2022; 6(1): 41-51. <https://jebhpme.ssu.ac.ir/article-1-358-en.pdf>
 22. Anggreni N., Manangkot M., Pramitaresthi G. The Correlation Between Self-Care and Family Support With The Quality of Life of Type II Diabetic Mellitus Patient in

- Public Health Center I of West Denpasar. *J A Sustain Glob South* [Internet]. 2021;5(2):29–31. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/JSGS/article/download/77191/41039>.
23. Bazpour M., Rostampour S., Kamel-Khodabandeh A. Assessment of Quality of Life and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Mashhad, Iran. *Jundishapur J Chronic Dis Care* [Internet]. 2020;10(1):1–6. Available from: <https://brieflands.com/articles/jjcdc-105910.html>
24. Sánchez L. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II (Tesis Posgrado). Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí, 2019 Disponible en <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1647/1/UNESUMECUADOR-ENFERMERIA-2019-43.pdf>
25. Moreno I., Ballesteros M., Reina M. Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. *Revista Española de Podología*, [Internet] 2019;28(2):66-72. Disponible en <https://bit.ly/3XTZ52uR>
26. Millan L. Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital de nivel III de la ciudad de Iquitos 2021. [Tesis Posgrado] Perú: Universidad Científica del Perú, 2022. Disponible en <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1763>
27. Vidal T. Autocuidado y su relación con la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II de la clínica Divino Niño Jesús–2022. [Tesis Posgrado]. Perú: Universidad Norbert Wiener, 2022. Disponible en <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7602>
28. García Y. Autocuidado y calidad de vida en pacientes diabéticos que asisten a una clínica privada de Lima Metropolitana, 2022. [Tesis Posgrado] Perú: Universidad

- Norbert Wiener, 2022. Disponible en <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6963>
29. Chipana R., Tembladera J. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes en tiempos de COVID 19 atendidos en el Hospital San Juan Lurigancho 2021. [Tesis Posgrado] Perú: Universidad Cesar Vallejo, 2021. Disponible en https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/93300/Chipana_CR-Tembladera_TJF-SD.pdf?sequence=1
30. Luque G., Villanueva J. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, servicio de endocrinología, Hospital María Auxiliadora, 2020 [Tesis Pregrado] Perú: Universidad César Vallejo; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60103>
31. Veramendi N., Portocarrero E., Espinoza F. Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*, [Internet]. 2020. [06 de febrero de 2025]; 12(6), 246-251. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000600246&lng=es&tlng=pt.
32. Caviglia A. Asumiendo la responsabilidad: Calidad de vida y responsabilidad en tiempos de crisis. *Sílex*, [Internet]. 2020.[06 de septiembre 2023]; 10(2), 55-77. Disponible: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/70495193/6-with-cover-pagev2.pdf?Expires=1662826759&Signature=XKB7ZS6Iawm1ViIPdo253zHwhlrWUKA3K~SloMs3Z9IREbVsS~4-aW6BkefQTu4~LrEMUbTLJgbjwrsDKD2IKqRZMMUmUNw0yF0DdrdGMpflKkRMnDjNuEBprgdQ4STVm--cApsxziI8nKrezS6MGNE16kASyqSM2ZvvPDYMejwiTIUts3NzPKikO6-YdWWK9xBmuIv9VtVl->

pS7fpw13EiUcpMKaRoeUeb2m~~RSucCW~DRID4YCs9nfaMFLCLcqQq9FMG
hRsFKjIECUG0RFcV7o2VLGR2auZ4fK2CIYCFHOEC5XmOBwa6vDhMaahCC
J0VGn3IOCiUIOKPI5hw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

33. Urzúa A., Caqueo A., Beyle C. Procesos cognitivos vinculados al autoreporte de la calidad de vida: El efecto de la comparación en población adulta. *Interciencia*, [Internet]. 2018. [06 de septiembre 2023] 43(5), 351-357. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/339/33957311009/33957311009.pdf>
34. Ruidiaz S., Cacante V. Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura. *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 19 de enero de 2025];18(3):86-99. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>
35. Granados S., Cuéllar M. Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, [Internet]. 2018.[06 de enero de 2025] (25), 141-160. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369972>
36. Torres F., Gaibor A., Pozo I. Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *EmásF: revista digital de educación física*, [Internet]. 2020. [06 de enero de 2025]; (63), 22-35. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279808>
37. Vílchez L., Turco E., Varillas R., Salgado C., Salazar M., Carmona G., Caballero Ñopo P. El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2019. [07 de enero de 2025]; 83(3), 389-396. Disponible:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000300021&script=sci_arttext&tlng=pt

38. Murueta M. La salud psicológica en tiempos del coronavirus 19. Integración Académica en Psicología, [Internet]. 2020. [07 de febrero de 2025]; 8(23), 11-21. Disponible: <http://www.integracionacademica.org/attachments/article/269/Revista%20Integracion%20Academica%20en%20Psicologia%20V8N23.pdf#page=14>
39. Flores B., Castillo Y., Ponce D., Miranda C., Peralta E., Durán T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, [Internet]. 2018. [07 de febrero de 2025]; 26(2), 83-88. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80647>
40. García L., Arizala A., García J. El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinaria. Revista Española de Geriatria y Gerontología, [Internet]. 2018. [08 de enero de 2025]; 53(5), 268-273. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18300118>
41. Camus M. Habitar el privilegio: relaciones sociales en los fraccionamientos cerrados en Guadalajara. Rev. Desacatos, [Internet]. 2019. [12 de enero de 2025]; (59), 32-49. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2019000100032&lng=es&tlng=es.
42. Montero Y., Vizcaíno M., Montero Y. Factores involucrados en la calidad de vida laboral para el ejercicio de la enfermería. Revista Cubana de Medicina Militar, [Internet]. 2020. [09 de febrero de 2025]; 49(2). Disponible:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572020000200014&script=sci_arttext&tlng=en
43. Vidotti V., Martins T., Galdino J., Ribeiro P., Robazzi L. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, [Internet]. 2019. [09 de febrero de 2025]; 18(55), 344-376. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300011
44. Cortes M., Iglesias M. Generalidades sobre metodología de la investigación [Internet]. Universidad autónoma del Carmen: colección material didáctico 2004. [Fecha de acceso: 12 marzo de 2024]. Disponible en: https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
45. Mohamed H., Martel C. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. [Internet]. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi. [Fecha de acceso: 13 abril de 2024]. Disponible en: Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>
46. Ramos C., Caycho T. El título de una investigación: De la catarsis a la técnica. [Internet]. 2019, *CienciAmérica*, 8(2) 1-10. Disponible en: <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/227>
47. Cohen N., Gómez R. Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños. [Internet]. 2019, 1ª Ed- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: editorial Teseo, 201. 276 p.; [Citado el 05 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190823024606/Metodologia_para_que.pdf

48. Ojeda A. Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. Revista Cubana de Medicina General Integral, [Internet]. 2019. [09 de enero de 2025]; 35(4). Disponible: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034>
49. Marchan K., Marchan K. Autocuidado del paciente diabético tipo II asistente al Centro de Salud de San Juan de la Virgen, 2024 [Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Nutrición y Dietética]. Universidad Nacional de Tumbes; 2025. [09 de febrero de 2026]. Disponible: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f7018856-9bd4-4529-a500-afa3b2979cd6/content>
50. Morales M. percepción de la imagen corporal y autocuidado en pacientes con pie diabético-Hospital Sergio e. Bernales 2019. [Tesis] [Internet] [Consultado el 20 de enero de 2025] 2019. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4249>
51. Luque G, Villanueva J. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Servicio de endocrinología, Hospital María Auxiliadora, 2020 [Tesis para obtener el título profesional de: licenciada en enfermería]. Universidad César Vallejo; 2020. [09 de febrero de 2026]. Disponible: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60103>

Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia

Título: Autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE Y DIMENSIONES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema General ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético? ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético? ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético? ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético? ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar la relación que existe entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético Identificar la relación que existe entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético Identificar la relación que existe entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético Identificar la relación que existe entre la dimensión cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético Identificar la relación que existe entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima 2026.</p> <p>Hipótesis Específicas H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de pacientes con pie diabético H2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y la calidad de vida de pacientes con pie diabético. H3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con pie diabético. H4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión</p>	<p>VARIABLE1: Autocuidado Dimensiones Régimen alimentario Actividad física Adherencia al tratamiento Cuidados de los pies Cuidados de la piel</p> <p>VARIABLE2: Calidad de vida Dimensiones Bienestar Físico Bienestar psicológico Bienestar social</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada. Método: Hipotético deductivo. Diseño de investigación: correlacional. Población: 182 pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima Muestra: 124 pacientes con pie diabético de un hospital público de Lima Muestreo: Probabilístico aleatorio simple</p>

		<p>cuidados de los pies y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.</p> <p>H5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de pacientes con pie diabético.</p>		
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

Buenos días, lo invitamos a ser partícipe de la investigación. Luego de haber leído y firmado el consentimiento informado, por favor sírvase a desarrollar el siguiente cuestionario. Esto puede tomarle aproximadamente 20-30 minutos. En caso de tener alguna consulta adicional no dude en hacérmela saber.

Tómese el tiempo para leer atentamente cada pregunta e indique la respuesta elegida marcándola con una cruz (X) o encerrándola en un círculo.

Datos generales del Adulto Mayor.

Edad:

Grado de instrucción del paciente: (Marcar con X)

Analfabeto: ()

Primaria: ()

Secundaria: ()

Técnico Superior ()

Universitario ()

Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)

Esposa/o ()

hija/o ()

otro: (especifique)

Instrucciones

En la presente guía de observación se encuentra opciones de respuesta en la que:

Nunca (N = 1) A veces (AV= 2) Siempre (S = 3).

N	Régimen alimentario	Nunca	A veces	Siempre
1	Ha recibido información sobre su dieta en forma individual			
2	Participa en la selección y plan de su dieta			
3	Respeto la lista de alimentos permitidos y prohibidos			
4	Realiza visitas a la nutricionista			
5	Reconoce la importancia de las frutas y verduras en su dieta			
6	Respeto las porciones de alimentos en su dieta			
7	Respeto el horario de consumo de alimentos			
8	Respeto la frecuencia de consumo de alimentos			
	Actividad física			
9	Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día			
10	Cuando hace ejercicios, realiza			
	Adherencia al tratamiento			
11	Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico			
12	Se mide la presión arterial frecuentemente			
13	Controla su glucosa regularmente			
14	Esta alerta a los efectos colaterales de los hipoglucemiantes			
	Cuidado de los pies			
15	Realiza el lavado de pies todos los días			
16	Realiza secado de pies teniendo cuidado en los entre dedos			
17	No usa zapatos ajustados que causan incomodidad			
18	Inspecciona diariamente sus pies en busca de lesiones			
19	Usted no usa ligas en las medias			
20	Se recorta las uñas en forma recta			
	Cuidado de la piel			
21	Se baña y seca con especial cuidado en las axilas, partes íntimas y ombligo			
22	Usa pantalones y polos manga larga cuando va al campo o se expone al sol			
23	Usa guantes para proteger sus manos cuando está en peligro de cortarse o rasguñarse			
24	Con que frecuencia se hace heridas en la piel			
25	Si tiene una herida lava con agua y jabón y la protege con gasa o material limpio			
26	Usa cremas para cuidar su piel			

Fuente: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f7018856-9bd4-4529-a500-afa3b2979cd6/content>

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el número que mejor describe cómo se siente. No hay respuestas correctas ni incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

Instrucciones

En la presente guía de observación se encuentra opciones de respuesta en la que:

Nunca (1)

Casi nunca (2)

A veces (3)

Casi siempre (4)

Siempre (5)

N		1	2	3	4	5
	BIENESTAR FÍSICO					
1	Ud. percibe gozar de una buena salud					
2	Ud. se siente bien y con un estado físico adecuado					
3	Ud. se siente físicamente activo, camina, sube escalera sin limitación alguna					
4	Ud. tiene dificultad para mantenerse de pie por mucho tiempo					
5	Ud. se siente con mucha energía para realizar su trabajo diario					
6	Ud. tiene fortaleza realizar todas las cosas que te propones					
7	Ud. tiene dolor físico alguno en este momento					
	BIENESTAR PSICOLÓGICO					
8	Ud. disfruta del trabajo que realiza					
9	Ud. se mantiene con un buen humor en momentos de dificultad					
10	Ud. reflexiona de las experiencias del pasado para mejorar su estilo de vida					

11	Ud. percibe sensación bienestar cuando ayuda al prójimo.					
12	Ud. se siente digno de ayudar a su familia					
13	Ud. Percibe integrarse a su familia con tolerancia					
14	Ud. percibe el reconocimiento de los miembros de su familia					
15	Ud. se siente motivado para cumplir con su tratamiento					
16	Ud. pone mucha atención y concentración en sus cuidados personales					
17	Ud. tiene la confianza de los miembros de la familia.					
	BIENESTAR SOCIAL					
18	Ud. comparte sus días libres lo pasa con sus familiares y amigos					
19	Ud. socializa sus problemas personales con sus compañeros de trabajo					
20	Ud. recibe apoyo social de parte de sus amigos y familiares en momentos de adversidad					
21	Ud. percibe que sus familiares son solidarios contigo					
22	Ud. tiene las condiciones laborales adecuadas para trabajar					
23	Ud. cuenta en su domicilio con todos los servicios básicos (agua, luz, teléfono, internet, etc.)					
24	Ud. percibe que tiene las mismas oportunidades que los otros miembros de la casa					

Fuente: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60103>

GRACIAS POR SU COLABORACION, CUIDE SU SALUD.

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en un proyecto de investigación

Título del proyecto: Autocuidado y su relación con la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público del cercado de Lima 2026.

Nombre de la investigadora principal: TORRES RAVICHAGUA Lucy Epifanía

Propósito del estudio: Analizar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con pie diabético de un hospital público del cercado de Lima 2026.

Beneficios por participar: Los resultados pueden ser de interés para su actividad profesional.

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

Costo por participar: Cero.

Confidencialidad: Datos manejados con estricta reserva.

Renuncia: En el momento que lo estime conveniente.

Contacto con el Comité de Ética: Comunicación directa con el presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener.

Participación voluntaria:

Puede retirarse en cualquier momento.

Declaración de consentimiento

Acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N.º de DNI:	

Fecha: / /

.....

Firma del participante



PERU

Ministerio de Salud

Comisariato de Promoción y Atención en Salud

Hospital María Auxiliadora

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **28 de Noviembre del presente**; Titulado: **"AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA 2025"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/087/2025**, presentado por el Investigador: **Lucy Epifanía TORRES RAVICHAGUA**; ha sido revisado.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACION** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **27 de noviembre del 2026**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 28 de noviembre del 2025.

Atentamente,


Mériditha Emilia Espinoza Franco
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEI/abf.
c.e. Investigador.
c.c. Archivo.

Av. Miguel Iglesias N.º 968
San Juan de Miraflores
T (01)2171818 - 3112
cei@hma.gob.pe

www.hma.gob.pe






20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 9%  Publicaciones
- 17%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 9% Publicaciones
- 17% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	7%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-06-16	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-11-22	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Nacional del Centro del Peru on 2019-07-02	<1%
7	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-01-06	<1%
9	Trabajos entregados	uwiener on 2023-05-01	<1%
10	Internet	repositorio.autonomadeica.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2023-10-26	<1%