



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS
TIPO 2 Y CUIDADOS EN EL HOGAR EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD PAMPA
INALÁMBRICA ILO 2018**

PRESENTADA POR:

SANCHEZ CUEVA ESTHER STEPHANNIE

ASESORA

MG. JULIA CORNEJO BARAYBAR

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MOQUEGUA – PERU

2018

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	8
ABSTRAC	9
INTRODUCCION	10
CAPITULO I	14
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.	14
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.3.CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	15
CAPITULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2. BASES TEÓRICAS	20
CAPITULO III	37
MÉTODO	37
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
38	

CAPITULO IV	41
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	41
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	41
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
CONCLUSIONES Y RESULTADOS	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXO.....

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA. ILO 2018	42
TABLA 2 CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018	43
TABLA 3 CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL HOGAR PARA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018	45
TABLA 4 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO Y CUIDADOS EN EL HOGAR SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCION EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C.S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N° 1** DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA. ILO 2018.....42
- GRÁFICO N°2** CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018..... 44
- GRÁFICO N°3** CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL HOGAR PARA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018..... 46
- GRÁFICO N°4** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO Y CUIDADOS EN EL HOGAR SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCION EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C.S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018 49

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica y crónica, la cual está directamente relacionada a las complicaciones irreversibles, que son invalidantes y muchas veces mortales afectando la calidad de vida siempre y cuando el tratamiento no fuera el adecuado.

El trabajo de investigación tiene como objetivo identificar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y el conocimiento sobre los cuidados en el hogar que presentan los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Pampa Inalámbrica en la ciudad de Ilo.

La población estuvo conformada por 50 pacientes que pertenecen al programa de Control de la Diabetes mellitus tipo 2.

Se utilizó como instrumento la guía de entrevista validada, para medir el nivel de conocimiento y los cuidados en el hogar, del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Los resultados principales fueron que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2 de los adultos mayores es de nivel medio con 48.00% y los conocimientos sobre los cuidados en el hogar es de nivel bajo con 78.00%.

En conclusión, el nivel de conocimientos general sobre diabetes mellitus tipo 2 que presentan los pacientes del centro de salud Pampa Inalámbrica es bajo en un 66%.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Cuidados y Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRAC

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic and chronic disease, which is directly related to irreversible complications, which are disabling and often fatal, affecting the quality of life as long as the treatment was not adequate.

The research work aims to identify the level of knowledge about diabetes mellitus and the knowledge about home care presented by elderly patients who come to the Pampa Wireless health center in the city of Ilo.

The population was made up of 50 patients who belong to the Type 2 Diabetes Mellitus Control program.

The validated interview guide was used as an instrument to measure the level of knowledge and home care of patients with type 2 diabetes mellitus.

The main results were that the level of knowledge about the disease of type 2 diabetes mellitus in older adults is medium level with 48.00% and knowledge about home care is low with 78.00%.

In conclusion, the general level of knowledge about type 2 diabetes mellitus presented by patients in the Pampa Wireless health center is low by 66%

KEY WORDS: Knowledge, Care and Diabetes Mellitus type 2.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad netamente metabólica y a la vez crónica, la cual está directamente relacionada a las complicaciones irreversibles, que son invalidantes y muchas veces mortales afectando a la calidad de vida siempre y cuando el tratamiento no fuera el adecuado (1)

Los factores que ocasionan esta enfermedad, están relacionados con la práctica de estilos de vida insalubres, puesto que los inadecuados hábitos alimenticios y el sedentarismo, influye en el desarrollo de la enfermedad y a la vez la aparición de complicaciones que dañan seriamente el bienestar físico y emocional del individuo (1).

En el Caribe y en América Latina, la prevalencia de diabetes mellitus es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%, en Uruguay se encuentra la prevalencia más alta 8.1%, el país latinoamericano con más alto aumento en la prevalencia es el país de México de 7.7-12.3% y en el mundo es la India (2).

Para el 2015, cerca del 6% de la población del mundo, tiene diabetes y la mitad de esta proporción no lo sabe, el diagnóstico de la DM tipo 2, en el 80 a 90% de los casos es diagnosticado después de los 8 años de inicio, aumentando el riesgo de las complicaciones de esta enfermedad (3).

La diabetes mellitus es una epidemia real en el mundo, debido a su alta prevalencia (2011), se estima que para el 2030 la cifra sea de 440 millones, en el País de Cuba y en 1996, la tasa de prevalencia se incrementó de 19,3 por 1000 hab. 40,40 x 1000 en 2009, y en este mismo año se ubicó como la octava causa de muerte, con 2370 defunciones, y en el grupo de 60-69 años de edad ocupó la cuarta causa de muerte con 589 defunciones (4).

El incremento de la diabetes en el mundo es alarmante (2011), la Federación Internacional de Diabetes (IDF) afirma que, en el mundo, cada año 3,2 millones de muertes son causados por la diabetes Tipo 2 (5).

La prevalencia es más alta en los países que son desarrollados y actualmente en los países en vías de desarrollo (2005); las más altas del mundo se observan en el Medio Oriente, además del Líbano (13.7%), y Chipre (13%) y se espera que se incremente en estos países para el 2025 en porcentajes de hasta el 38% (6).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Hospital Nacional Cayetano Heredia., de la ciudad de Lima, presentaron que el 9,68% tenía el conocimiento adecuado de las posibles complicaciones de la Diabetes Mellitus y 22,6% conocía en forma adecuada las complicaciones que se les presentaban (7).

En Ecuador según la encuesta ENSANUT, la diabetes está afectando a las personas, con porcentajes cada vez más elevados, la prevalencia de diabetes de 10 a 59 años es de 1.7%. Ese dato numérico va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya presenta diagnóstico de diabetes. Y relacionado a esto está la alimentación insalubre, la falta de actividad física, el alcoholismo y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo íntimamente relacionados con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes (8).

Hospital Isidro Ayora de Loja en Ecuador(2016), determinó que el 78,0% de la población entrevistada no tiene un conocimiento sobre el cuidado de sus pies, de igual manera no conocen cual es el correcto lavado, secado y sus pies ni usan cremas o lociones humectantes en los mismos; además, no cortan sus uñas correctamente, que favorece la aparición de uñeros, grietas, que conlleva a posibles infecciones las cuales incluso en el futuro podrían llevar a amputaciones (9).

En el estudio PERUDIAB (2014), en el primer estudio nacional representativo de la prevalencia de Diabetes en la población adulta peruana, más de 2000 hogares fueron visitados en 165 distritos urbanos y urbanos rurales a nivel de todo el país, de los cuales se obtienen resultados que cerca de 1 millón de peruanos están diagnosticados con diabetes tipo

2 y un promedio de dos millones padecen los síntomas de una prediabetes (10).

La Unidad de estadística del Hospital Regional de Moquegua, evidencia que las atenciones en emergencia relacionadas a diabetes mellitus, que han tenido un comportamiento ondulante en el año del 2011 al 2014, con un número de casos de 132, 162, 138 y 212 respectivamente. Asimismo, en la etapa del adulto mayor en el servicio de hospitalización, la diabetes mellitus no especificada ocupa el noveno lugar y en el servicio de emergencia ocupa el sexto lugar y es la tercera causa de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, resultando preocupante ya que las personas están cursando eventos de hipoglicemia e hiperglicemia y por último la diabetes se muestra como la segunda causa de mortalidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, la diabetes es una causa de ceguera prematura, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardiaca congestiva o infarto, accidente cerebrovascular y muchas veces llega a la amputación de las piernas. La neuropatía que se suscita en los pies, más el bajo flujo sanguíneo, pueden aumentar el riesgo de úlceras, infección y, por último, una amputación. Por otro lado, la retinopatía diabética es una causa de ceguera y a la vez es una seria consecuencia del daño a los vasos sanguíneos de la retina que se van almacenando a lo largo del tiempo. (13)

El presente trabajo es conveniente, ya que el profesional de enfermería es el que directamente se encuentra comprometido con el cumplimiento del tratamiento, dieta, estilo de vida del paciente y por último de los cuidados del hogar, si se tiene en cuenta este ámbito el paciente gozará de mejor actitud en el cumplimiento de sus cuidados.

La relevancia social se ve evidenciada en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, y sus familiares sentirán menos ansiedad.

Respecto al valor teórico, se obtendrá nuevos conocimientos sobre el nivel de conocimiento, del cumplimiento y de los cuidados en el hogar, los cuales

ampliaran los horizontes del cuidado de enfermería, ya que en establecimiento de salud no se realiza este seguimiento en forma continua con todos los pacientes, quedando estos desprotegidos a su suerte a nivel del hogar.

En la utilidad metodológica, permitirá obtener resultados los cuales se podrán implementar con programas educativos para elevar el nivel de conocimientos de la enfermedad y los cuidados que se debe de tener en el hogar, asimismo el instrumento utilizado en la investigación se podrá utilizar en otros estudios similares.

Las limitaciones se circunscribieron a la realización de la entrevista dado que los pacientes no acudían puntualmente a sus citas lo que determinó que se aumentara el tiempo de la recolección de datos.

El propósito de la presente investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los cuidados en el hogar en pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Pampa Inalámbrica Ilo.

Se evidenciaron algunas limitaciones en el desarrollo de la presente investigación, básicamente en la etapa de recolección de datos, la misma que se incrementó en tiempo debido a la disminución de la afluencia de pacientes al centro de salud.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y cuidados en el hogar en pacientes que acuden al Hospital MINSA, Ilo -2018?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y cuidados en el hogar de los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Pampa Inalámbrica Ilo, 2018.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes adultos mayores que acuden al centro de salud Pampa Inalámbrica Ilo, 2018.
- Identificar el conocimiento sobre los cuidados en el hogar que deben recibir los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud Pampa Inalámbrica Ilo, 2018.

1.3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADOR	UNIDAD MEDIDA	ESCALA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS Y CUIDADOS EN EL HOGAR	CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS	DEFINICION	ALTO 8-10 puntos MEDIO 6-7 puntos BAJO 0-5 puntos	ALTO 25-31 puntos MEDIO 21-24 puntos	ORDINAL
		CLASIFICACION			
		SIGNOS Y SINTOMAS			
		DIAGNOSTICO			
		COMPLICACIONES			
		TRATAMIENTO			
	CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS EN EL HOGAR	EJERCICIOS	ALTO 21-17 puntos	BAJO 0-20 puntos	
		DIETA	MEDIO 15-16 puntos		
		TRATAMIENTO	BAJO 0-14 puntos		
		CUIDADOS DE LOS PIES			

VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
CARACTERIZACION DE LA POBLACION	EDAD	61-70 años 71-78 años 81-90 años	Ordinal
	SEXO	Masculino Femenino	Nominal
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Noda Milla Julio Roberto, Perez Lu José Enrique, Malaga Rodriguez Germán, Aphanh Lam Meylin Rosa, realizaron la investigación titulada: Conocimientos sobre "Su Enfermedad" en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden a Hospitales Generales. Lima -2008. Concluyeron que la edad promedio fue 59,16 años. El 12,9 % tiene un nivel de conocimiento sobre la enfermedad en forma adecuada, el 48,39 % tiene un conocimiento intermedio y el 38,71 % un conocimiento inadecuado. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables en estudio (11).

Suárez Ojeda Richard Alexander Y Mora Amador Gaudy Aracelly, en su trabajo de investigación: Conocimientos sobre Diabetes, de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana, en Nicaragua. 2015, concluyeron que el 66,5% de pacientes son de sexo femenino, un 85,8% no están realizando ninguna actividad remunerada, el 50,0% tiene una pareja estable conviviente, padece de obesidad, artritis, neuropatía diabética, hipertensión arterial e insuficiencia venosa e infecciones de Vías Urinarias asociadas o no a la Diabetes Mellitus, el pie diabético se reportó en un 12,0%, en relación a los hábitos nocivos el 37,4

% afirmo haber consumido tabaco durante algún momento de su vida, el 51,0% tiene el hábito de ingerir bebidas alcohólicas y el 34,8% realiza ejercicios físicos en algún momento de su vida. De forma global, la media del índice de conocimiento es de 56,0%, lo que indica un conocimiento inadecuado o intermedio como grupo poblacional (12).

Silva Pollyane Liliane, Rezende Marina Pereira, Ferreira Lucía Aparecida, Días Flavia Aparecida, Helmo Fernanda Rodrigues, Silveira Fabiola Cristina Oliveira, en su tesis: Cuidados de los pies: El conocimiento de las personas con Diabetes Mellitus inscritos en el Programa de Salud Familiar, en Brasil. 2015. Se evidenció que la mayor parte de los individuos eran del sexo femenino, la edad promedio de 49,9 años, de enseñanza básica incompleta, la mayoría de los encuestados refirieron conductas adecuadas para la higiene y cuidado de los pies, 98,3% consideraron importante cuidar de los pies para prevenir el pie diabético, pero solo el 19,0% se realizaban la evaluación de los pies en un Establecimiento de salud por lo menos una vez al año. Los pacientes diagnosticados con diabetes tenían poco conocimiento sobre la enfermedad y comprendieron la importancia de la inspección diaria de los pies para prevenir el pie diabético. En la mayoría de las veces se presentaban conductas adecuadas en cuanto al cuidado de los pies, sin embargo, se evidencia pacientes que presentan complicaciones lo que se cataloga como de suma importancia, la realización de medidas de prevención y el acompañamiento por los profesionales de salud, principalmente del enfermero (13).

Meneses Ramírez Constantina, realizó el trabajo de investigación: Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en una Unidad de Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Córdoba Veracruz. 2014, concluye que el 70.6% correspondían al sexo femenino, el promedio de la edad fue de 62 ± 11 años, la escolaridad el 62,0% tuvieron primaria, el 60,0% ama de casa. En cuanto al resultado, los promedios fueron altos: en conocimiento sobre la prueba de glucosa en sangre, fue de una media de 7 ± 2.1 y en cuanto a conocimiento básico fue

de una media de 5 ± 1.6 . En cuanto al valor de hemoglobina con denominación glucosilada fue de $8.7\pm 2.1\%$ en general y comparada en ambos sexos, las mujeres presentaron $8\pm 1.8\%$. y los hombres una media de $9\pm 2.5\%$. En conclusión, el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 es bajo; el 2,0% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos (14).

Castro Almeida Herica, realizó el trabajo de investigación titulada: Nivel de conocimientos en la prevención del Pie Diabético en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de un Hospital de Lima. 2014, obtiene hallazgos indicando que el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético el 41,0% presentaron un nivel conocimientos bajo, mientras que el 34,0% medio y finalmente un 25,0 % alto. En conclusión el nivel de conocimiento en cuanto medidas preventivas de pie diabético en personas con Diabetes Mellitus T. 2, prevalece el nivel de conocimiento bajo, luego sigue el conocimiento medio, referente a la poca información sobre la técnica y materiales adecuados en el aseo y corte de uñas, la falta de sensibilidad de los nervios y el reconocimiento de una inadecuada circulación sanguínea en los pies (15).

Alayo Isaura, en su trabajo de investigación: Nivel de Conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2, en el Hospital de ESSALUD, Trujillo. 2013, concluye que el nivel de conocimiento de los adultos diabéticos tipo 2 fue bueno en un 88,1%, seguido de regular en un 11,9 % y no se evidencio paciente con conocimiento deficiente. En cuanto al autocuidado, fue bueno con un 85,7% seguido de regular en un 14,3% y también no se evidencio que haya habido un paciente con práctica de autocuidado inadecuado o malo. Por lo que no existe relación significativamente alta entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 Hospital I Florencia de Mora (16).

Chiroque Chanta, Midori Angélica y Vásquez Castañeda, Sandra Isabel, en su tesis: Nivel de Conocimientos del familiar cuidador respecto al cuidado del paciente diabético, en Lambayeque. 2013, concluyeron que la mayoría

de los familiares cuidadores tienen un nivel de conocimiento medio, respecto a las tres dimensiones que se trabajaron: enfermedad, tratamiento y cuidados en el hogar. En dicho estudio, se tuvo como propósito determinar el conocimiento que tiene el familiar cuidador y se demostró que el nivel de conocimientos es medio (17).

Se hizo una búsqueda de los antecedentes a nivel regional, logrando no evidenciar los mismos, es decir a nivel regional no se hizo ningún trabajo de investigación similar.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 DEFINICIÓN “DIABETES MELLITUS”

Es un problema de trastornos metabólicos, y su peculiaridad primordial es la representación de cantidades aumentadas de glucosa o azúcar en la sangre de forma continua o crónica, una alteración de fabricación de insulina, a una resistencia a la acción de la misma para manejar la glucosa, en un incremento de la fabricación de glucosa o en una mezcla de estos principios. Así mismo sigue con anomalías en el metabolismo de estos lípidos, proteínas, sales minerales y también electrolitos (18).

Esta enfermedad “diabetes” se relaciona con la manifestación sobre alteraciones en varios métodos orgánicos, y estos los más notorios, como la pérdida de la vista que algunas veces llega a una ceguera completa, también afecta los riñones que en algunos casos llegan a malograrse totalmente, llegando a requerir diálisis y trasplante, alteraciones de vasos los sanguíneos significan la amputación de las extremidades inferiores, alteraciones al corazón en su enfermedad coronaria y también infarto agudo de miocardio, alteración cerebral, también en irrigación intestinal, las alteraciones más prevalentes que dañan al sistema nervioso periférico y autónomo. Ello simboliza la molestia para la persona que sufre esta enfermedad y también para el personal de Salud (18).

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DIABETES MELLITUS

En los últimos tiempos, la trascendencia de lo social se ha catalogado en piedra angular de las visiones más desarrolladas sobre la interpretación causal de algunas enfermedades, que se piensa que la salud y la enfermedad consienten fenómenos que cambian las formas concretas de vida de cada persona y grupos de población y que dependen de estos resultados que ejecutan un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales. (19)

La demostración de estos factores sociales en la causalidad de las enfermedades, esto significa un paso explicativo en la solución apropiada de relación entre lo biológico y lo social en el hombre, que depende de la comprensión de lo social. Esto quiere decir que el fundamento filosófico es la base de una medicina que renuncia de ser curativa para luego pasar a hacer preventiva y que respalda a la promoción de salud y a la imagen de la responsabilidad individual con respecto a la salud (19).

INTOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO Y GLUCOSA BASAL ALTERADA

Desde 1997 se identifican dos grupos de población en los que los niveles de glucemia no cumplen criterios de DM, pero tampoco pueden ser considerados normales. Se trata de individuos con glucemia basal alterada (GBA) o con intolerancia a la glucosa (ITG), y para ambos se usa el término prediabetes, en referencia al alto riesgo de desarrollo de DM en el futuro (20)

En el presente grupo se incluyen: (21)

- Intolerantes a los hidratos de carbono
- El diagnóstico se realiza en base a la respuesta glucémica considerada anormal y a la vez a una sobrecarga oral de glucosa.

- Pacientes con glucosa alterada basal y que tienen glucemias anteriores aumentadas de lo habitual, aunque en un rango no necesariamente patológico. (21).

Los síntomas de ésta patología metabólica es la expulsión excesiva de orina también llamada (poliuria), el incremento insólito de comer excesivamente también llamado (polifagia), el aumento de una sed excesiva también llamado (polidipsia) así como un bajo peso sin motivo alguno. En algunas concesiones solo consideran referir estos 3 síntomas para sospechar de un problema sobre Diabetes Tipo II ya que en su mayoría son los más frecuentes en las personas. (22).

ACCIONES METABÓLICAS DE LA INSULINA Y SU DEFICIENCIA

En 1960 Nicole y Smith hicieron conocer la composición exacta de la insulina humana. La insulina (del latín ínsula," isla") actúa sobre ciertas terminaciones nerviosas específicas de la membrana celular. Es un complejo proteico estructurado por dos 2 subunidades alfa y 2 subunidades beta. Estas subunidades alfa están situadas fuera de la célula y se agrupa a la insulina. Al ocurrir esta situación se transmitirá un síntoma al citoplasma dominio de la subunidad beta. Esto contiene una acción intrínseca tirosin-cinasa, lo que afirma una "autofosforilización" de residuos tirosina del dicho receptor en respuesta a la llegada de insulina. Una vez autofosforila da incrementada la actividad tirosin-cinasa y se libera una cascada de fosforilizaciones los cuales son residuos proteicos de la llamada tirosina y también de diversas proteínas, que son "brazo ejecutor" de la acción insulínica. Se une la insulina a su respectivo receptor denominado "transportadores de glucosa" (principalmente el llamado GLUT-4) los cuales se activan y son transportados y colocados en la membrana plasmática, y una vez que se encuentran allí, le facilitan el paso a la glucosa hacia el interior de la célula (23).

Por excelencia la insulina es una hormona anabólica que admite la utilización apropiada de los nutrientes por medio de varios mecanismos bioquímicos (23).

- Tejidos (tejido muscular, adiposo) la insulina incrementa la captación y oxidación de glucosa.

- Esta insulina inhibe el glucógeno a su paso, y también la alanina y lactato a glucosa en el hígado.

- La insulina en el musculo aumenta la suma de glucógeno en los adipocitos. A la misma vez prohíbe la lipólisis (23).

2.2.2 ETIOLOGÍA

No siempre es la ruptura total o parcial de las células beta del páncreas, es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes y factores ambientales (24).

Como expresión para referirse a dicha enfermedad caracterizada por la expulsión de bastantes cantidades de orina (poliuria), empieza a utilizarse en el Siglo I en dicho sentido etimológico (24).

2.2.3 CLASIFICACIÓN

Recientemente existen 2 clasificaciones primordiales. La principal, es la Organización Mundial de la Salud, y considera las 3 representaciones en Diabetes Mellitus: Tipo 1, Tipo 2 y también Diabetes Gestacional (la cual sucede en un proceso del embarazo), cada una con desiguales principios e incidencia, la segunda idea por la comisión de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en el año 1997. A cuerdo con la (ADA), distintos tipos de Diabetes M. se catalogan en 4 Grupos. (25)

1. En la Diabetes M. Tipo 1, que consta la pérdida general de dichas células β , lo cual sobrelleva a insuficiencia completa en la insulina. Esto figura una variante de 5% y un 10% en Diabetes Mellitus.

2. En Diabetes M. Tipo 2, formada con el resultado en una anomalía gradual a la secreción de la insulina, en el incremento en firmeza periférica a la similar, también de una elevada producción en glucosa. Esto figura una variante de 90% y un 95% en Diabetes Mellitus.

3. En Diabetes Gestacional, en algunas gestantes se determina en el proceso del segundo o tercer trimestre de un embarazo (25).

a) Diabetes producida por otras causas:

- Por anomalías genéticas en la producción de estas células β .
- Anomalías genéticas en la acción de la insulina.
- Enfermedades en el páncreas exocrino también llamado (fibrosis quística).
- Endocrinopatías también llamada (acromegalia o síndrome del Cushing).
- Provocada en medicamentos, algunos químicos como (pentamidina, ácido nicotínico y glucocorticoides).
- Infecciones.
- Principios desconocidos con medidas por los mecanismos inmunes.
- Otras manifestaciones genéticas relacionadas con Diabetes (25).

b) Diabetes Mellitus Tipo I (DM-1)

En Diabetes Mellitus Tipo I o DM1, insulino dependiente (DMID), esta enfermedad Diabetes de inicio juvenil o también diabetes infante juvenil. En su mayoría no se observan elaboraciones de la insulina, esto es por la eliminación de estas células β de Islotes de Langerhans del páncreas. Esta pérdida puede suceder con tiempos literalmente breves, frecuentemente se da en personas jóvenes, induciendo a la desintegración grave en el metabolismo a esto se le llama cetoacidosis. También es muy común en personas bien jóvenes menores de 25 años que daña alrededor de 4,9 millones de estas personas en casi todo el

mundo, un incremento de prevalencia lograda en América del Norte.

Figura una variante de 5% y 10% en Diabetes Mellitus. (26).

Dentro de las Diabetes Mellitus Tipo 1 se rodea la diabetes autoinmune latente en el adulto, que si es epidemiológica y clínicamente asimila en la Diabetes Mellitus Tipo 2, el origen es autoinmune y su tratamiento obligatorio tiene que ser la insulina. Varía entre un 2% y un 12% de esta diabetes del adulto pertenecen a dicha variedad. (26).

Se reconoció una plataforma genética en la obtención de Diabetes Mellitus Tipo 1, se han planteado muchos componentes que conllevan a la presencia de esta enfermedad. Figuran estos componentes que son: (26).

Las Infecciones virales:

- Enterovirus.
- Pruebas no innegables:
- Otros virus (26).

Las Pruebas excluyentes:

- Virus de la Rubéola también virus de la parotiditis.
- Bacterias.
- Nuevos componentes ambientales
- Leche de la vaca: también albúmina.
- Proteínas de los trigos: gliadina del gluten.
- Vitamina D (26).

c) Diabetes Mellitus Tipo II (DM-2)

La DM tipo 2 (DM2) es un factor de riesgo importante para la enfermedad. La DM tipo 2 (DM2) representa el 90-95% de todos los tipos de diabetes, se calcula por ello y por la alta prevalencia de DM2 asociada con este síndrome, estaría compensada por un aumento de la secreción pancreática. Al régimen que esta enfermedad crece, el páncreas

empieza a originar poca insulina y por último estas células β fracasan. Totalmente diferente con la DM1, no existe el factor autoinmune reciente (26).

Aparece en personas mayores de los 40 años, en su totalidad de ellos presentan obesidad en el abdomen, parte del exceso de depósito de grasas que manifiestan dichas personas con la resistencia a insulina.

También se adjunta a menudo diferentes enfermedades como la Hipertensión Arterial, la Dislipidemia, la Disfunción del endotelio vascular. Dicho vínculo de enfermedades se denomina “síndrome de resistencia a la insulina”, también síndrome metabólico (26).

Este diagnóstico o análisis puede realizarse pasado muchos años a partir del comienzo de esta enfermedad porque la hiperglicemia avanza progresivamente en su período primario y no causa síntomas notables. No obstante, en este período algunos pacientes consiguen desarrollar alguna de estas dificultades macrovasculares o microvasculares de dicha enfermedad. En dicho primer período inicial muestra la situación llamada intolerancia a la glucosa (26).

2.2.4 LAS CAUSAS GENÉTICAS DEL TIPO I

Es producida especialmente por componentes exteriores como ejemplo: las infecciones virales o también proteínas en la dieta, en algunos casos provocar una representación continua o indirecta por medio de la reproducción en una resistencia autoinmunitaria (27).

No obstante, coexiste suspicacia genética para soportar dicha enfermedad, porque influye en exclusivamente por algunos alelos de genes de complejo elevado de histocompatibilidad entre un grupo de HLA, la clase I.

Así también del CMH, sigue analizando una docena de los que aumentaría la sensibilidad en dicho padecimiento, hasta el momento no se encuentra asegura de ello (27).

2.2.5 CAUSAS GENÉTICAS DEL TIPO II

Las plataformas genéticas y moleculares de la Diabetes Mellitus tipo II están determinadas insuficientemente , pero se conoce que este padecimiento está fundamentado por componentes genéticos, aunque estos están reducidamente relacionados en su grado de expresión con los componentes ambientales unidos al estilo de vida, por ejemplo la alimentación en demasía ,el sobrepeso, la asociación de polisacáridos de absorción muy rápida o por el contrario de absorción lenta aunado a la actividad física asociada a la edad (27).

a) FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal. - La obesidad y sobrepeso aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y Diabetes Mellitus II en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de los casos de Diabetes Mellitus II se puede atribuir a la obesidad.

Sedentarismo. - La conducta sedentaria que implica permanecer sentado durante intervalos extensos, puede determinar, en personas que no realizan actividad física, un aumento en la propensión a experimentar diabetes

Tabaquismo. - El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo), según un meta análisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de Diabetes Mellitus (28).

Patrones dietéticos. - Una alimentación compuesta por el alto consumo de carnes rojas, productos lácteos altos en grasa, bebidas y alimentos azucarados artificialmente, se relaciona con un alto riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares.

Otros factores. - Se ha comprobado una correlación entre el peso al nacer y el riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II. Un peso anormal en el recién nacido se asocia significativamente con un alto riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II. Los niños prematuros, también pueden estar con un alto riesgo de tener la enfermedad. (28).

2.2.6 EL CUADRO CLÍNICO

Algunos casos que aún no se tenga un diagnóstico de la Diabetes M. tampoco entablado algún tratamiento, también que no se esté bien tratado, se consiguen hallar estos signos: originarios de un aumento de glucosa en la sangre, así sea de carácter puntual o continuo (29).

2.2.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- El descenso de peso a pesar de la polifagia. Esto pasa porque a la glucosa no puede acumularse en los tejidos porque no reciben la señal de la insulina.
- Fatiga y/o cansancio.
- Visión borrosa.
- Vaginitis y balanitis.
- Trastornos neuropsiquiátricos o irritabilidad.
- Náuseas y vómitos.
- Halitosis (29).

2.2.8 DIAGNÓSTICO

Se fundamenta en el cálculo único o también continúa (hasta dos veces) en la agrupación de glucosa en plasma (glucemia)

Síntomas frecuentes de la enfermedad (polifagia, pérdida de peso poliuria, y polidipsia) más una toma sanguínea con números altos o similares de un 200mg/dl (11,1mmol/L)

➤ La comprobación de glucosa (glucemia) en ayunas alto o similar a un 126 mg/dl (7,0 mmol/L). En ayuno se puntualiza como no haber ingerido algunos alimentos durante 8 horas (30).

EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2

Una vez ya confirmado el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, se realiza una valoración clínica general del paciente con el objeto de: (31)

- Evaluación nutricional.
- Establecer el grado de control metabólico previo y actual.
- Investigar sobre complicaciones crónicas y agudas de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus etapas del paciente.
- Buscar la aparición de enfermedades asociadas.
- Establecer propósitos terapéuticos a corto y mediano plazo.
- Averiguar las causas psicosociales que afecten al tratamiento.
- Plantear un plan de manejo: educativo, apoyo psicológico, no farmacológico, farmacológico y derivaciones, según pertenezca a su cuadro clínico actual (31).

Esta valoración inicial del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 estará a cargo de un personal estrictamente multidisciplinario y a la vez capacitado: médico, enfermera y nutricionista y de vez en cuando otro personal de salud (31).

- Al médico le incumbe hacer una valoración clínica completa, examinar los exámenes laboratoriales, manifestar un diagnóstico.
- La enfermera es su responsabilidad de educar y orientar al paciente en cuanto a las situaciones básicas de la enfermedad, y a la vez el hecho de cuidarse que debe asumir el paciente y a la vez supervisar el tratamiento.

- La nutricionista debe educar los aspectos referente a la alimentación del paciente, todo en bien y control de su enfermedad (31).

2.2.9 TRATAMIENTO

Se utiliza la Bomba de infusión de insulina. Este dispositivo reemplazan en ciertos casos a las comunes jeringas, logrando independencias de insulina más fisiológicas y apropiadas a la ingesta (32).

En la Diabetes Tipo I como en la Tipo II, como en la gestacional, lo principal en el tratamiento es reponer las elevaciones glucémicas adecuados. En el caso de la Diabetes Tipo I y en la Diabetes gestacional si se emplea algún tratamiento similar de insulina u otros análogos de la insulina. En el caso de la Diabetes Tipo II puede emplearse un tratamiento similar de insulina o análogos, o también, un tratamiento con medicamentos orales (32).

Para lograr una buena vigilancia en la Diabetes Mellitus, con todos sus tipos, es necesario una formación terapéutica de diabetes para la entregada por el personal profesionales y sanitarios (medico, nutricionista o enfermera) oprime con la instrucción del paciente que padece de diabetes y de los individuos vecinos a ella, con eso se logra una buena vigilancia de dicha enfermedad, modificando las prácticas que fuesen necesarios, para el buen alcance del tratamiento es un buen estilo de vida en dieta, ejercicio físico, tratamiento medicamentoso si se precisa (32).

2.2.10. PREVENCIÓN

Estos primordiales componentes ambientales aumentan un riesgo en sufrir diabetes tipo II son: la alimentación excesiva con un estilo de vida sedentaria; y con un sobrepeso que conlleva a la obesidad (33).

La pérdida de peso pequeña, incluso en un aproximado de 4 kg, de costumbre progresa la hiperglucemia. En esta prevención de dicha

enfermedad, un aproximado de pérdida similar somete una variante de 60% de riesgo (33).

El tratamiento perfecto en la diabetes no solo debe ser una dieta específica a este tratamiento en la enfermedad; también un ejercicio físico templado y usual, también un registro médico constante. Además, ajusta eliminar ajenos componentes de riesgo cuando surgen al igual tiempo, como hipercolesterolemia (33).

Verificando los cambios de algún estilo de vida, apacentara de los beneficios para la salud: Disminuir los niveles de glucosa en la sangre, también la presión arterial. Disminuir los niveles de un colesterol LDL, o colesterol malo y extender los niveles de colesterol HDL, o colesterol bueno. Perfeccionar la cabida del cuerpo al uso de la insulina. Cuidar las articulaciones flexibles, someter el riesgo de caídas. Apoyo al disminuir del peso para que someta la suma de grasa corporal y se agranda la energía que se disminuye el nivel de estrés (33).

a) Dieta

Conservar la dieta específica, uno de los mejores comportamientos en la diabetes. Por lo que se desconoce un tratamiento o cura que elimine la diabetes, una vez que el individuo es diagnosticado diabético se debe emprender a tener una dieta saludable. También cuidar la suma por gramos de carbohidratos que se come en todo el día, adaptando a las contribuciones de su propio organismo e impidiendo que alimentos en relación glucémico elevado. Esto representa a la persona diabética no puede preparar bastantes alimentos con alto porcentaje de harina blanca; preferir panes y pastas preparadas con harina integral mejorará al paciente a vigilar cada vez mejor la insulina que su cuerpo produce (33).

En algunos mercados existen productos preparados en los pacientes diabéticos, llamados “sin azúcar”. Dichos productos contienen bastante contenido de azúcar artificial que no contienen nada calorías, pero les da un sabor agradable a las comidas. Se tiene que tomar en cuenta

mucha precaución con dichos productos, puesto que sin azúcar o sin la presencia de ningún carbohidrato con índice glucémico elevado, esto no quiere decir “sin carbohidratos”. En algunos bizcochos figura “sin azúcar” consiguen dominar bajos hidratos de carbono con un índice glucémico elevado, si no bastantes hidratos de carbono que procedente del cereal de galletas que es importante registrar (33).

La alimentación adecuada reside en un 50% o 60% en carbohidratos, un 10% o 15% de proteínas y por último un 20% o 30% de grasas. Es efectivo para aquellas personas, además una disposición alimenticia apropiada en los pacientes con diabetes tipo II (33).

La “dieta reductiva común” reside en una alimentación con escaso monto de las calorías. Dicho monto de estas calorías se puede construir por cada persona. Está dando muy buenas cifras que determinen el consumo de calorías totalmente semanales y no se determine en términos calóricos diarios. Asimismo, se da mejores resultados a dirección en un registro diario de una alimentación para conservar dicho control (33).

Una “nutrición balanceada” es el mecanismo de gran importancia en el tratamiento en la enfermedad de la Diabetes. Una buena moderación alimentaria se define al ser propio. Por ello se puede tomar la edad del paciente, además del sexo, su peso, su estatura, su grado de actividad física, el clima en el que habita, su periodo biológico que vive como por una mujer en el embarazo, también un recién nacido o un niño en crecimiento, una persona adulta o un anciano, asimismo su apariencia de variaciones en los niveles de su colesterol, triglicéridos o hipertensión arterial (33).

b) Ejercicio físico

Este ejercicio se toma componente indispensable con el tratamiento en la diabetes, que el paciente puede disminuir su peso y su actividad física o el deporte es indispensable en dicha manera. Este ejercicio aqueja el nivel de insulina que provoca su cuerpo y relaja los tejidos de la insulina.

Una importancia para estos pacientes con diabetes tipo II, como mínimo 150min de ejercicios físicos templado entre fueete, puede ser en una semana con solo 3 días como mínimo de ejercicios o deporte, y mayor de 2 días seguidos sin algún ejercicio. Asimismo, del entrenamiento con fuerza (33).

c) Conocimiento

Para que la educación sea efectiva, se requiere una serie de condiciones tales como: entrenamiento, conocimiento y habilidades pedagógicas, buena capacidad de comunicación, y capacidad para escuchar, comprender y negociar. Por lo tanto, el educar no solo es transmitir información, es incorporar, convertirlo en valor, e integrarlo en la escala de valores de la persona que tiene diabetes (34).

Se debe reconocer que la gravedad de la DM, de la misma manera que otros padecimientos crónico degenerativos, los cuales generan diversos factores sobre todo de tipo conductual, los cuales pudieran ser modificables y también prevenibles a realizar actividades de implementación con estrategias y acciones con capacidad de aminorar costos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. En esta situación, se ve la necesidad de agregar procesos educativos de las personas con diabetes como una prestación de servicios de salud, tratando de lograr la participación continua del paciente en el control médico y en el tratamiento de la enfermedad (35).

d) Auto monitoreo de los pies

También es bien indispensable que todos los pacientes con algún problema de diabetes examinen sus pies todos los días para verificar y ver posibles heridas, callos o úlceras. Adjunta aplicar algunos lubricantes en los 2 pies, también limar los callos y cortarse bien las uñas (33).

e) Medicamentos

- ❖ **Insulina.** Es el mejor y más efectivo para bajar la glucemia así presenta hipoglucemia como complicaciones frecuentes (28).

- ❖ **Biguanidas.** Tal la metformina. Su primordial rol reducir la gluconeogénesis hepática y no el de insulinosensibilizador, como se sabe popularmente. Es el fármaco oral interventor de la glicemia por excelencia, y el que debería utilizar todo paciente Diabetes M2 noblemente, a cambio que exista cierta contraindicación. (36)
- ❖ **Sulfonilureas.** Así que la clorpropamida y glibenclamida. Retienen la glucosa aumentando la secreción de insulina. En momentos se utilizan en conjunto con Metformina (36).
- ❖ **Inhibidores de α -glucosidasa.** Pues que la acarbosa. Baja el índice de digerir a los polisacáridos con el intestino delgado proximal, reduciendo primordialmente el nivel de glucosa posprandial (36).

2.2.11. Teoría del autocuidado de Dorotea Oren

En su teoría afirma que se debe abordar al individuo de manera integral y situar los cuidados básicos como la parte central de la ayuda al ser humano y a vivir plenamente feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al paciente a cumplir por sí mismo acciones de autocuidado y poder conservar la salud y la vida, lograr la recuperación de la enfermedad y/o afrontar las posibles consecuencias de la enfermedad, incluyendo el hecho de competir desde su relación personal de ayudar, conocer y actuar y a la vez a a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde también se debe fomentar el respeto y la dignidad del hombre, además de ser tolerantes, cumpliendo estrictamente el consentimiento informado, el ser confidente, veraz y practicar la intimidad además de otros aspectos, permitiendo que el paciente participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud (37).

La especificación del objeto real de enfermería marco el inicio del trabajo teórico de Orem en donde esta teoría es la expresión de tres teorías como son:

La Teoría del Autocuidado: Es la actividad que realiza el individuo y que debe estar orientada hacia un fin. Es un comportamiento de las personas que se suscita en ciertas situaciones de la vida y que él mismo lo enfoca hacia el mismo y hacia el entorno, con la finalidad de regular los factores que afectan su desarrollo y actividad en bien de la vida, salud o bienestar (38).

La Teoría de déficit de autocuidado: es la relación que hay entre la necesidades humanas de la terapéutica de autocuidado y la actividad misma del cuidarse, en la que las capacidades de autocuidado constituyen las acciones asociadas al hecho de cuidarse cada uno y muchas veces no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado que ya existen (39).

3.3. MARCO CONCEPTUAL

NIVEL DE CONOCIMIENTO: Es el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad de la diabetes mellitus

CLASIFICACION: Es el conocimiento que tiene el paciente sobre los diferentes tipos de diabetes mellitus.

SIGNOS Y SINTOMAS: Es nivel de identificación que presenta el paciente, sobre el cuadro clínico de la enfermedad e la diabetes mellitus.

DIAGNOSTICO: Es el conocimiento que presenta el paciente sobre los condiciones necesarias para la determinación e identificación de la enfermedad.

COMPLICACIONES: Es el conocimiento que presenta el paciente sobre las consecuencias negativas de la enfermedad.

TRATAMIENTO: Es el conocimiento que tiene el paciente sobre la importancia de recibir el tratamiento para el control de la enfermedad e la diabetes mellitus.

CUIDADOS DEL HOGAR: Son los cuidados en el hogar que refiere tener el paciente con diabetes mellitus-

EJERCICIOS: Es el grado de actividad que realiza el paciente con diabetes mellitus.

CUIDADOS DE LOS PIES: Es el nivel de cuidado que presenta el paciente con diabetes mellitus a sus pies.

DIETA: Son comportamientos o conductas que refiere tener el paciente con diabetes mellitus en relación a la ingesta de alimentos y bebidas

CAPITULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es no experimental, prospectivo, de cohorte transversal, porque recolecto la información en un solo momento.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, prospectivo, porque investiga a la variable conocimiento sobre diabetes mellitus y conocimiento sobre los cuidados en el hogar.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por los adultos mayores que asisten al programa de diabetes mellitus del establecimiento, los cuales representan a 50 pacientes- No se ha considerado muestra por el tamaño limitado de la población.

Criterios de inclusión:

- Que tenga diagnostico medico de diabetes mellitus tipo 2.
- Que sea mayor de 60 años de edad.
- Que se atendió en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica

Criterios de exclusión:

- Que no deseen firmar el consentimiento informado.
- Que se atienda en otros establecimientos de salud.
- Problemas de comunicación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LA TÉCNICA:

Se utilizó la técnica de la encuesta, a través de la entrevista, como son el Nivel de conocimiento y cuidados en el hogar, en el paciente adulto mayor.

EL INSTRUMENTO:

Se utilizó la guía de entrevista que consta de dos capítulos: El primero recolecta datos de las características de la población de estudio y el segundo evalúa el nivel de conocimientos, sobre diabetes mellitus y los cuidados en el hogar de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Para la recolección de datos de la investigación se utilizó el cuestionario:

–**AUTOR:** Alex Ever Hajar Rivera.

–**TÍTULO DEL TRABAJO:** Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC.

–**AÑO Y LUGAR DE PUBLICACION:** 2008 Perú.

–**INSTITUCION:** Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. MINSA.

–**PARA OPTAR:** Grado de Licenciada de enfermería.

–**CONFIABILIDAD:** Coeficiente de confiabilidad Kuder-Richarson: 0,713 obteniendo alta confiabilidad.

–**VALIDEZ:** La validación del instrumento y de su constructo se sometió a juicio de expertos compuesto por 08 personas entre profesores y enfermeros asistenciales.

Teniendo las siguientes consideraciones:

CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS	GENERAL	DIMENSIONES				
		CLASIFICACION	SIGNOS Y SINTOMAS	DIAGNOSTICO	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO
ALTO	(8-10 pts.)	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
MEDIO	(6-7 pts.)	3	3	3	3	3
BAJO	(0-5 pts.)	4	4	4	4	4

CUIDADOS DEL HOGAR	GENERAL	DIMENSIONES			
		EJERCICIOS	DIETA	TRATAMIENTO	CUIDADOS DE LOS PIES
ALTO	(16-21 pts.)	0-1	0-1	0-1	0-1
MEDIO	(11-15 pts.)	3	3	3	3
BAJO	(0-10 pts.)	4	4	4	4

NIVEL GLOBAL DE CONOCIMIENTO

ALTO	21-31 puntos
MEDIO	21-24 puntos
BAJO	0-20 puntos

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de la recolección de datos, se realizó una base de datos utilizando el software estadístico SPSS versión 23, el Excel y el Word 2010. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, tablas de frecuencias absolutas y relativas.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentarán en tablas estadística, para permitir realizar el análisis de la información general y tablas de contrastación de hipótesis.

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

Sexo / Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
61-70	11	22.00	13	26.00	24	48.00
71-80	6	12.00	15	30.00	21	42.00
81-90	3	6.00	2	4.00	5	10.00
Total	20	40.00	30	60.00	50	100.00

La tabla 1, muestra la distribución de la población según grupo atareó y sexo, donde más de la mitad de la población de estudio corresponde al sexo femenino con 60% y un 40% el masculino. El grupo atareó que mayor porcentaje presenta es el de 61-70 años con 48%, seguido del de 71-80 años con 42% y el grupo de 81-90 años con el 10% restante.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA. ILO 2018

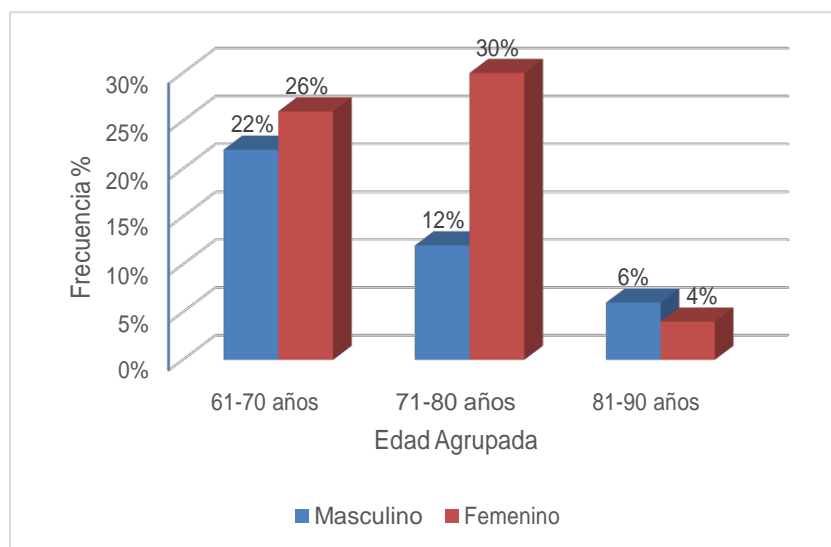


TABLA 2

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

Nivel conocim. Sexo	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	3	15,00	13	65,00	4	20,00	20	100,00
Femenino	3	10,00	11	36,70	16	53,30	30	100,00
Total	6	12,00	24	48,00	20	40,00	50	100,00
Grado Instruc.								
Sin instrucción	0		4	50,00	4	50,00	8	100,00
Primaria	5	14,28	18	51,44	12	34,28	35	100,00
Secundaria	1	33,33	0		2	66,67	3	100,00
Superior	0		2	50,00	2	50,00	4	100,00
Total	6	12,00	24	48,00	20	40,00	50	100,00

En la tabla 2, al analizar el conocimiento sobre la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2, que presentan los adultos mayores del Centro de Salud Pampa Inalámbrica, casi la mitad con 48.00% corresponde al nivel de conocimiento medio, seguido del nivel bajo con 40.00% y en menor porcentaje está el nivel de conocimiento alto con 12.00%.

En relación al sexo el mayor porcentaje del sexo masculino se encuentra en el nivel medio con 65,00% y del femenino con 53,30% en el nivel bajo.

En cuanto al grado de instrucción el nivel superior y sin instrucción, presentan la mitad de su población en nivel de conocimiento medio y bajo, en el nivel primario su mayor porcentaje se encuentra en el nivel medio con 51,44% y en el nivel secundario el 66,67% tiene nivel bajo.

GRÁFICO N° 2

CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

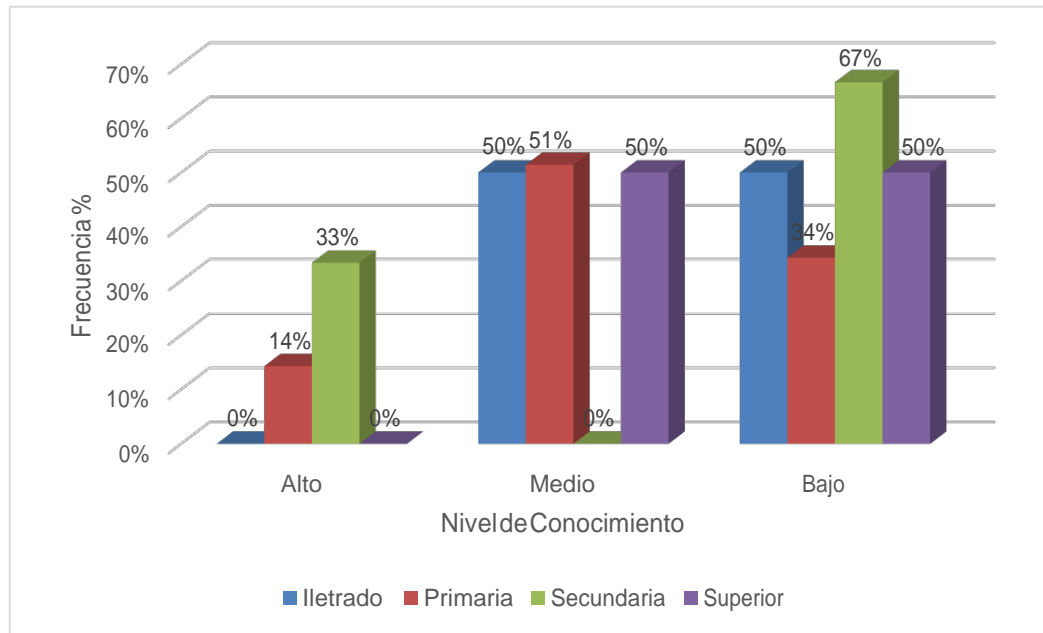


TABLA 3
CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL HOGAR PARA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

Nivel conocim. Sexo	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	5	25,00	14	70,00	1	5,00	20	100,00
Femenino	6	20,00	17	56,67	7	23,33	30	100,00
Total	11	22,00	31	62,00	8	16,00	50	100,00
Grado Instruc.								
Iletrado	0		5	62,50	3	37,50	8	100,00
Primaria	10	28,57	22	62,86	3	8,57	35	100,00
Secundaria	0		2	66,67	1	33,33	3	100,00
Superior	1	25,00	2	50,00	1	25,00	4	100,00
Total	11	22,00	31	62,00	8	16,00	50	100,00

De la tabla 3 observamos en relación a los cuidados del hogar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, más de la mitad de la población tiene un nivel medio con un 62.00%, seguido del nivel alto con 22,00% y en menor porcentaje el nivel bajo con un 16.00%.

Al describir por tipo de sexo, el mayor porcentaje que presenta el sexo masculino y femenino se encuentra en el nivel medio de conocimientos con un 70,00% y 56,67% respectivamente.

De la misma manera se presenta en el grado de instrucción, en lo que es iletrado, primaria, secundaria y superior con un promedio de 62,50%, 62,86%, 66,67% y 50,00% respectivamente que se encuentran en el nivel medio.

GRÁFICO N° 3

CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS DEL HOGAR PARA DIABETES MELLITUS 2 SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES C. S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

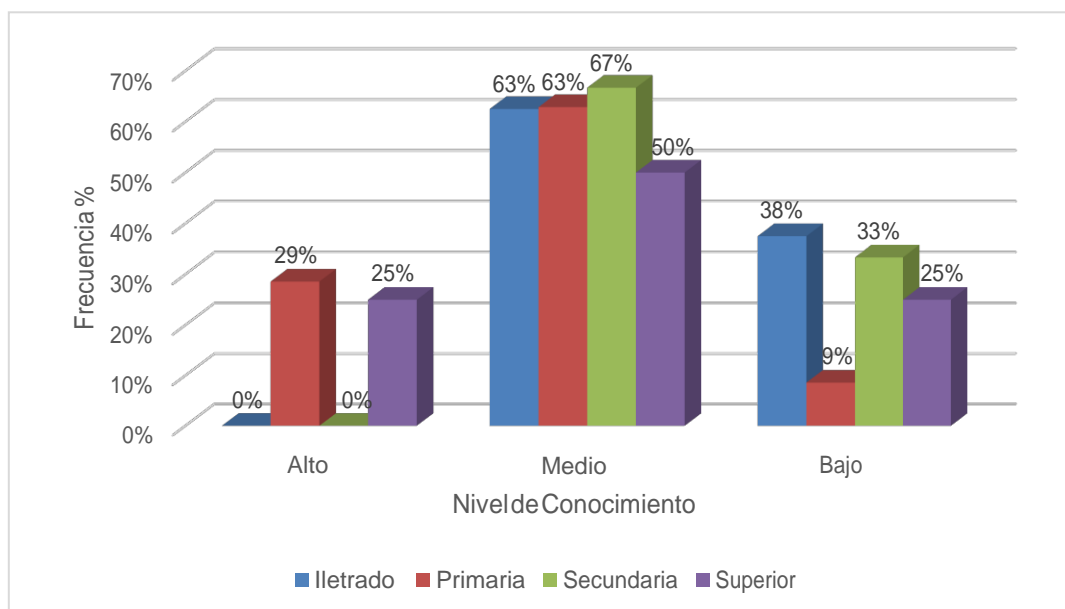
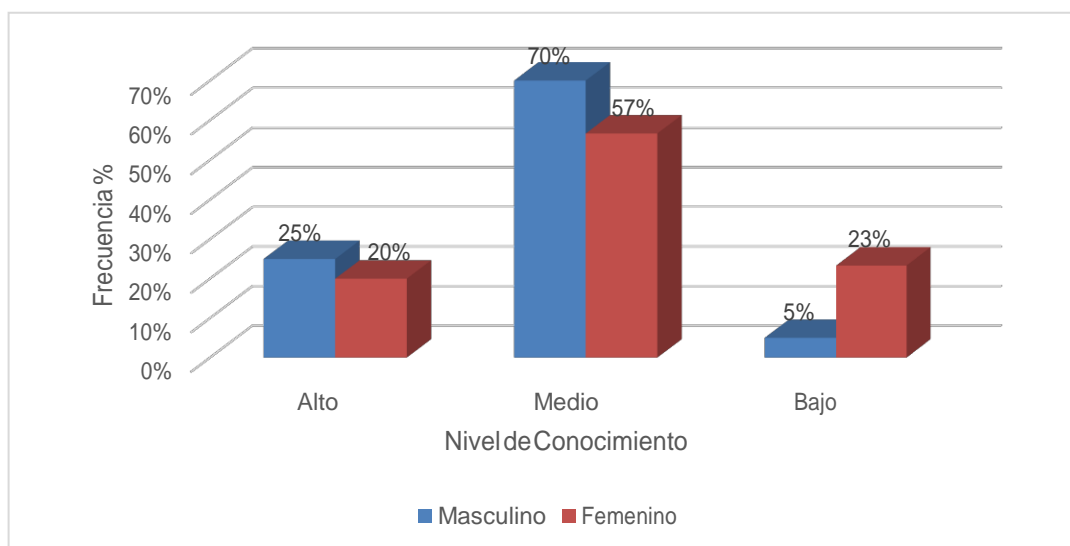


TABLA 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO Y CUIDADOS EN EL HOGAR SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCION EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C.S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018

Nivel conocim. Sexo	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	1	5.00	8	40.00	11	55.00	20	100.00
Femenino	0		8	26.67	22	73.33	30	100.00
Total	1	2.00	16	32.00	33	66.00	50	100.00
Grado Instruc.								
Iletrado	0		1	12.50	7	87.50	8	100.00
Primaria	1	2.86	13	37.14	21	60.00	35	100.00
Secundaria	0		1	33.33	2	66.67	3	100.00
Superior	0		1	25.00	3	75.00	4	100.00
Total	1	2.00%	16	32.00	33	66.00	50	100.00

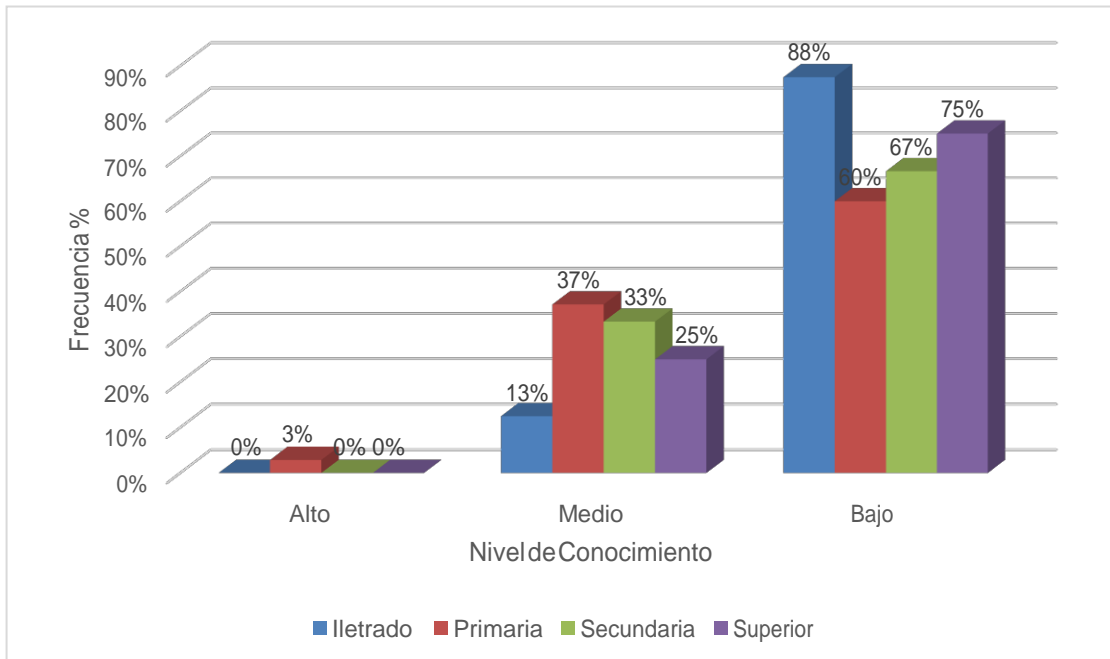
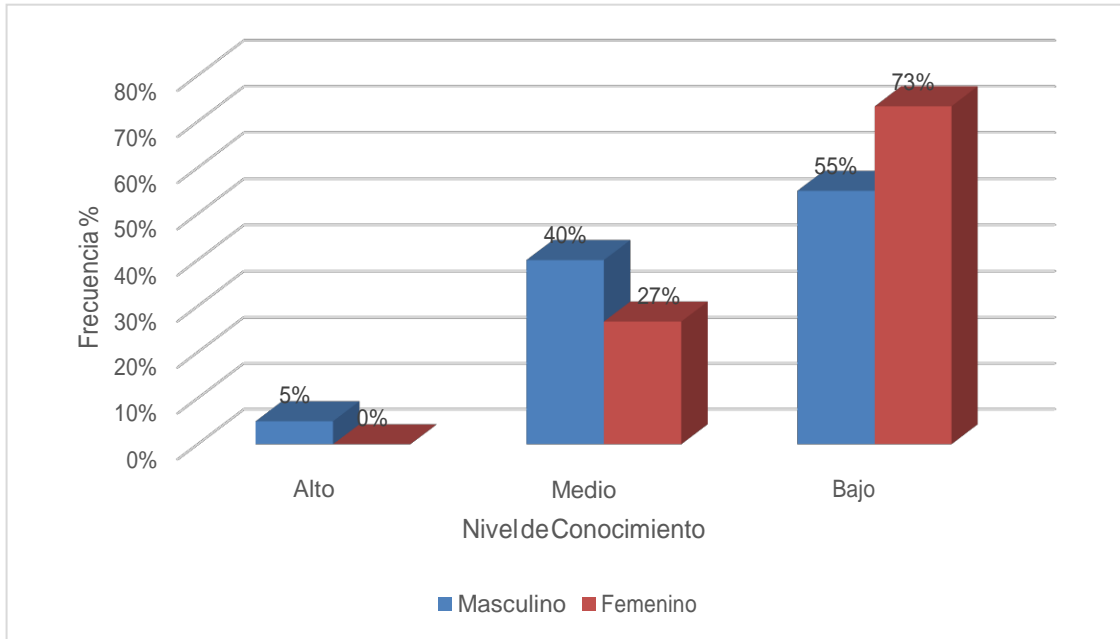
En la tabla 4 se observa el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los cuidados del hogar, que presentan los pacientes del Centro de Salud Pampa inalámbrica, Seis de cada diez pacientes tiene un conocimiento bajo (66.00%), seguido del nivel medio de conocimientos que alcanza una tercera parte (32.00%) y el nivel alto siendo el que presenta menor porcentaje con 2.00%.

Al describir por tipo de sexo, se evidencia que en el sexo masculino más de la mitad (55.00%) presenta un nivel de conocimiento bajo y, similares resultados encontrados en el sexo masculino, donde cerca de las tres cuartas partes de mujeres presenta el nivel bajo con 73.33%.

Según el grado de instrucción de iletrado, primaria, secundaria y superior; presentan sus mayores porcentajes en el nivel bajo con 87,50%, 60,00%, 66,67% y 75,00% respectivamente.

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO Y CUIDADOS EN EL HOGAR SEGÚN SEXO Y GRADO DE INSTRUCCION EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL C.S. PAMPA INALAMBRICA ILO 2018



4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la tabla 2 se observa el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, que presentan los adultos mayores del Centro de Salud Pampa Inalámbrica, casi la mitad con 48.00% corresponde al nivel de conocimiento medio, seguido del nivel bajo con 40.00%. y en menor porcentaje está el nivel de conocimiento alto con 12.00%.

Probablemente se ha obtenido dichos resultados, dado que la población es adulta, no están sensibilizados con el riesgo de la diabetes mellitus, poco interés, falta impartir conocimiento básico sobre la enfermedad a fin de prevenir complicaciones-

El conocimiento en cuanto a la gravedad de la DM, al igual que otros padecimientos que son catalogados como crónico degenerativos, los cuales pueden ser prevenibles y a la vez modificables, a través del uso de estrategias y actividades que puedan disminuir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. En este contexto, se inscribe la necesidad de incorporar la educación de las personas con diabetes como una prestación de servicios de salud indispensable, a fin de lograr la participación activa del paciente en el control metabólico y tratamiento efectivo de la enfermedad.

Resultados similares se encontraron con Noda J., et al, en el trabajo de investigación titulado: Conocimientos sobre "Su Enfermedad" en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden a Hospitales Generales -2008, donde encontraron que el 12,9 % tiene un nivel de conocimiento sobre la enfermedad en forma adecuada, el 48,39 % tiene un conocimiento intermedio y el 38,71 % un conocimiento inadecuado.

En la tabla 3 se observa que en cuanto al conocimiento sobre cuidados del hogar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, más de la mitad de la población tiene un nivel medio de cuidados del hogar con un 62.00%, seguido del nivel alto con 22,00% y en menor porcentaje el nivel bajo con un 16.00%, esto puede deberse a que muchos de ellos han

recibido información en las atenciones periódicas que han tenido en el Establecimiento de salud en cuanto a orientaciones del cuidado de la Diabetes mellitus y de aquellas acciones que deben realizar en la casa sobre la alimentación, actividad física y disfrute de tiempo de ocio.

Un estudio similar fue realizado por Silva Pollyane Liliane, en la cual se evidenció que la mayor parte de los individuos tenían conductas adecuadas para el cuidado con los pies, a la vez un 98,3% hallaban importante cuidar de los pies para prevenir el pie diabético, pero, 19,0% realizaba el examen de los pies con profesional de salud por lo menos una vez al año. Los individuos diabéticos entienden la importancia de la inspección diaria y del cuidado con los pies para prevenir el pie diabético.

En la tabla 4 se observa el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los cuidados del hogar que presentan los pacientes del centro de salud Pampa inalámbrica en el año 2018, más de la mitad de la población tiene un conocimiento bajo con un 66.00 %, seguido del nivel medio con un **32.00** % y el nivel alto con 2.00%, siendo el que presenta menor porcentaje.

Resultados difieren de los encontrados en la investigación de Alayo Isaura, en cuanto al Nivel de Conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus Tipo2, en donde concluye que el nivel de conocimiento de los adultos diabéticos tipo 2 fue bueno en un 88,1%, seguido de regular en un 11,9 % y no se evidencio paciente con conocimiento deficiente.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento general sobre diabetes mellitus tipo 2, que presentan los pacientes del centro de salud Pampa Inalámbrica es bajo en 66 %.
- El conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2, de los adultos mayores del Centro de Salud Pampa Inalámbrica, es medio en 48 %.
- El conocimiento sobre cuidados en el hogar de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Pampa Inalámbrica, es medio en 62%

RECOMENDACIONES

- Coordinar con los directivos del Establecimiento de salud, para establecer estrategias de educación, información y comunicación y mejorar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, en los adultos mayores del Centro de Salud Pampa Inalámbrica.
- Coordinar con los directivos y autoridades locales para que a todo nivel se realicen actividades educativas demostrativas en la deben participar pacientes y familiares para que se intervengan en conjunto y lograr mejorar los cuidados en el hogar que reciben los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud Pampa Inalámbrica.
- Socializar a nivel de la Red Ilo y a todo el personal del Centro de Salud Pampa Inalámbrica el problema real de la diabetes mellitus tipo 2, la importancia que tiene mejorar el conocimiento y los cuidados en el hogar que se deben brindar a fin de evitar complicaciones en el paciente y el impacto negativo que tiene en la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Ordoñez MM, Ascanio Carvajalino M, Coronado Cote DP, Gómez Mora A, Mayorga Ayala D, Medina Ospino R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud nivel I-Mexico. *Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1).
2. Guzmán Pérez MI, Cruz Cauich AdJ, Parra Jiménez , Manzano Osorio. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas Unidad de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Enferm IMSS*. .
3. Guzmán-Pérez I, Cruz-Cauich J, Parra Jiménez J, Manzano Osorio. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Enferm. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*. 2005 Setiembre;(13).
4. Casanova Moreno MdIC, Trasancos Delgado M, Orranca Castillo O, Prats Alvarez M, Gomez Guerra DB. Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el area de salud Hermanos Cruz de la provincia de Pinar del Rio- Cuba. *Rev. Ciencia Médicas*. 2011 Abril-Junio; 15(2).
5. Ramirez Ordoñez MM, Ascanio Carvajalino M, Coronado Cote dP, Gomez Mora A, Mayorga Ayala LD, Medina Ospino R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud Nivel I - Colombia. *Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1).
6. Guzmán Pérez , Cruz Cauich AdJ, Parra Jiménez J, Manzano Osorio M. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas Unidad de Medicina Familiar Instituto Mexicano del Seguro Social. *Enferm IMSS*. 2005.
7. Noda Milla , Perez Lu E, Malaga Rodriguez G, Aphanh Lam. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza,Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered*. 2008 Febrero; 70.
8. Tercero Edison Edc, Ushiña Chulca R. Estilos de Vida en los Pacientes con Diabetes Tipo II que asisten al club de diabeticos del Centro de

- Salud N.- 1 de La ciudad de Latacunga de Julio-Agosto del 2015. Tesis. Quito-Ecuador: Centro de Salud N.- 1 de Latacunga; 2015.
9. Ortega Ortega A. Cuidado de Pie Diabetico en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital Isidro Ayora Loja. Tesis. Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Medicina; 2016.
 10. SANOFI. Casi tres millones de peruanos tienen. Nota de Prensa. 2014 Agosto: p. 2.
 11. Noda Milla , Perez Lu JE, Malaga Rodriguez , Aphang Lam M. Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered. 2008 Febrero.
 12. Suárez Ojeda , A, Mora , Gaudy A. Conocimientos sobre Diabetes, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana, durante el mes de Noviembre del 2015 Nicaragua, Managua. Tesis. Nicaragua-Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua., Medicina; 2015.
 13. Silva Pollyane , Rezende Pereira , Ferreira LA, Dias A, Rodrigues Helmo , Oliveira Silveira. Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar Brasil. Enfermeria Global. 2015.
 14. Meneses Ramírez C. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus Córdoba Veracruz. Tesis. Cordoba Veracruz: Universidad Veracruzana, Medicina; 2014.
 15. Castro Almeida. Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima - Perú 2014. Tesis. Lima-Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
 16. Alayo Agreda , Horna Huancas P. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I SSalud. Florencia de Mora. Trujillo 2013.. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Medicina; 2013.
 17. Chiroque Chanta Ma, Vasquez Castañeda si. Nivel de Conocimiento del Familiar cuidador respecto al cuidado del Paciente Diabetico,En Lambayeque 2013. Tesis. Lambayeque: Universidad Señor de Sipan; 2013.

18. Gamarra M. Prevalencia comparativa de síndrome metabólico entre un distrito urbano y uno rural del departamento del Cusco-Lima. Diabetes Mellitus. 2012.
19. Lopes Román C, Alvalos Gracia MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Revista Cubana de Salud Pública. 2013.
20. Iglesias González¹ R, Barutell Rubio , Artola Menéndez , Serrano Martín. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus-Madrid. Diabetes Práctica. 2014; 5(2).
21. Casares MLdIT. La Diabetes Mellitus Concepto, Clínica y Diagnóstico-España. DM. .
22. Parra VJ. Diabetes Mellitus signos y síntomas de la Enfermedad. España. DM. 2012.
23. Santos CJ. Diabetes Mellitus, Glucógeno - Cuba. Diagnosticos. .
24. OMS. Diabetes. Organización Mundial de la Salud. 2013.
25. Fernandez FR. Clasificación en riesgos asociados a la Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor-Cuba. Geriatria. 2012 Enero.
26. Lopez M. Tipos de Diabetes Mellitus. DM. 2010 Agosto.
27. Fernandez P. Factores de riesgo y causas de la Diabetes Mellitus - Mexico. Diabetes Mellitus. 2012 Abril.
28. Martinez Candela J. Guia de Actualizacion en Diabetes Mellitus Tipo 2. Fundacion redGDPS Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención primaria de la salud. 2015 Junio; 2(24).
29. Hermsillo HG. Cuadro Clínico en prevalencia de Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus. 2012 Octubre.
30. Diaz E. Diagnosticos asociados a la Diabetes Mellitus. DM. 2010 Noviembre.
31. DIAETES MELLITUS TIPO 2. Guia Clinica Diabetes Mellitus tipo 2. 2010.
32. Cotéz PP. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. Geriatria. .
33. Aguilar HC. Prevención en Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. Diabetes Mellitus. 2012 Abril.

34. Saavedra M. D. Paciente diabético: ¿Conoce y acepta su padecimiento? Rev Enferm IMSS. 2001; 9(5-7.).
35. Normas para el. Rev Panam Salud Publica. 2001; 10(5).
36. Silva L. Medicamentos en Diabetes Mellitus. Vancouver. 2013.
37. Liana Alicia Prado Solar. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron. 2014 Noviembre- Diciembre; 36(6).
38. Fonseca LMG. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Revista Cubana de Enfermería. 2011 enero-febrero; 15(1).
39. Liana Alicia Prado Solar. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron.. 2014 Noviembre -Diciembre; 36(6).