UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ 2020.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor:
Bach. Córdova Sandoval, Andrés Avelino.
ORCID: (0000-0001-6684-8176)

Asesor:
Dra. Rivera Castañeda, Patricia Margarita.
ORCID: (0000-00033982-8801)

Línea de Investigación:
Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú
2020

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ 2020.

PRESENTADO POR:

Bach. Córdova Sandoval, Andrés Avelino.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipan

Para optar el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

_____

Dra. Cecilia Teresa Arias Flores
Presidenta de jurado de tesis

_____

Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda.
Secretaria de Jurado de tesis

_____

Mg. Karen Milagros Villareal Dávila
Vocal de Jurado de tesis

DEDICATORIA

Este presente estudio de investigación está dedicado principalmente a Dios sobre todas las cosas.

A mi madre, esposa e hijos, quienes fueron el soporte para seguir luchando día tras día, y con su paciencia, dedicación y consejos me han enseñado el camino del bien, y ser perseverante para lograr mis metas y objetivos en esta vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi madre y a mi familia (esposa e hijos).

A **Dios** porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi **madre y a mi esposa e hijos**, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento. Depositándome su entera confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

RESUMEN

La presente investigación titulado “Conocimiento y prácticas de Autocuidado en el Adulto Mayor Diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz 2020”, se fundamentó en dos principales teóricas: Nola J. Pender, que profundizó el estudio sobre Promoción de la Salud y Dorothea Orem sobre Autocuidado. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético en el Centro Salud José Leonardo Ortiz. 2020. Dicha investigación fue: cuantitativo de diseño transversal – correlacional, la herramienta utilizada para la recopilación de datos fueron las encuestas aplicadas a 67 usuarios mayores diabéticos. Cuyos resultados: la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor diabético, 52.2% presenta un grado de conocimiento moderado y prácticas de autocuidado es bueno, así mismo el 8.7% un conocimiento bajo y prácticas de autocuidado es deficiente. En cuanto al conocimiento: el 47,8% de adultos mayores diabéticos, tienen conocimiento moderado acerca de la enfermedad, el 29,9% conocimiento alto y el 22% conocimiento bajo. En las prácticas de Autocuidado: 52.23% presentan prácticas de autocuidado regular, el 34,32% bueno, y 13,43% deficiente. Concluyendo que existe una relación directa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en la persona mayor diabético del Centro Salud José Leonardo Ortiz.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, prácticas de autocuidado, adulto mayor, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The present investigation entitled "Knowledge and practices of Self-care in the Diabetic Elderly Adult of the José Leonardo Ortiz Health Center 2020", was based on two main theorists: Nola J. Pender, who deepened the study on Health Promotion and Dorothea Orem on Self care. Its objective was to determine the relationship between knowledge and self-care practices in the elderly diabetic at the José Leonardo Ortiz Health Center. 2020. This research was: quantitative cross-sectional design - correlational, the tool used for data collection were the surveys applied to 67 elderly diabetic users. Whose results: the relationship between knowledge and self-care practices of the elderly diabetic, 52.2% have a moderate degree of knowledge and self-care practices is good, likewise 8.7% have low knowledge and self-care practices are poor. Regarding knowledge: 47.8% of diabetic older adults have moderate knowledge about the disease, 29.9% high knowledge and 22% low knowledge. In Self-care practices: 52.23% have regular self-care practices, 34.32% good, and 13.43% poor. Concluding that there is a direct relationship between knowledge and self-care practices in the diabetic elderly person of the José Leonardo Ortiz Health Center.

KEY WORDS: Knowledge, self-care practices, elderly, diabetes mellitus.

INDICE

Dedicatoria……...iii
Agradecimiento…….iv
Resumen……v
Abstract……vi

I. INTRODUCCIÓN……9

1.1. Realidad problemática……..11
1.2. Antecedentes de estudio……15
1.3. Teorias relacionadas al tema…….20
1.4. Formulación del problema……32
1.5. Justificación e importancia de estudio……..32
1.6. Hipótesis:……..33
1.7. Objetivos……...33
1.7.1. Objetivo general……..33
1.7.2. Objetivos específicos……..33

II. MATERIAL Y MÉTODO……..34

2.1. Tipo y diseño de imvestigación…….34
2.2. Población y muestra……..35
2.3. Variables y operacionalización……36
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad……39
2.5. Procedimiento de análisis de datos……40
2.6. Criterios éticos……..40
2.7. Criterios de rigor científico……40

III. RESULTADOS…….…42

3.1. Resultados en tablas y figuras…….....42
3.2. Discusión de resultados……....46

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……51

4.1. Conclusiones…….51
4.2. Recomendaciones…….52

REFERENCIAS…….53
ANEXOS…….61

I. INTRODUCCION

Actualmente los padecimientos crónicos que se presentan en el adulto mayor están aumentando día a día a nivel mundial, entre ellos la diabetes, en el cual no excluye raza, edad u otra índole, siendo cuestionado en la salud pública. Pues la OMS, entre 2000 y 2016, la tasa de muerte prematura por diabetes aumentó en un 5%. En los países de ingresos altos, la tasa de muerte prematura por diabetes disminuyó de 2000 a 2010, pero luego aumentó de 2010 - 2016. En los países de ingresos medianos bajos, la tasa de mortalidad temprana debido a la diabetes aumentó en ambas etapas. Por otro lado, la probabilidad de morir por una de las cuatro principales enfmerdades no transmisibles (enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica o diabetes) entre los 30 y los 70 años disminuye en un 18% en todo el mundo desde el año 2000 hasta el 2016 [(1)] .

En 2019 murieron aproximadamente 1, 5 millones de usuarios debido a causa directa de esta enfermedad. Según el alcance de la OMS, este padecimiento alcanzará la séptima índice de mortalidad en el 2030. La DM es un padecimiento, según apreciaciones de la FID (federación Internacional de la Diabetes) al finalizar el año 2015, ha obtenido 370 millones de habitantes a nivel mundial de este padecimiento, y alrededor de 187 millones con DM no determinada; los resultados del diagnóstico obtuvieron el 6 % de habitantes a nivel mundial actual y aprecia que esta proporción pueda alcanzar al 7, 3 % para el 2025 [(2)]. En Perú, este padecimiento impacta cerca de 2 millones de individuos, siendo el quinceno origen de natalidad.

Se aprecia que numerosos de habitantes tienen Diabetes, sino que aún no tienen un diagnostico definido, y pueden ser afectados en sus complicaciones tardías, como ACV, mutilación o pérdida de miembros inferiores causado por el pie diabético o enfermedades renales. Conocimiento en el que el Estado junto con el MINSA indaga crear eventos de prevención, impidiendo a futuras complicaciones [(3)]. De esta manera, al estar propensos de este malestar es un peligro para la salud por estilo de vida inadecuada, y la falta de conocimiento que posee el usuario de esta enfermedad. Pues la DM, afectará consecuentemente en la vida diaria del adulto mayor y al oponerse en la prevención

fundamental en el autocuidado, para una dieta y alimentación saludable, una actividad física adecuada, son propensos a adquirir complicaciones a futuro.

Asimismo, la educación en el adulto mayor que sufren de esta dolencia es un elemento primordial de prevención y tratamiento, proporcionando instrumentos para enfrentar cambios de modo de vida, en torno a las primicias nociones de promoción de salud que impulsan la colaboración activa del adulto mayor afectado en el control y tratamiento de Diabetes [(4)]. Es sustancial determinar que coexisten causas que imposibilitan conducir su propio autocuidado, asociándose en los aspectos sociodemográficos, en las facultades físicas e intelectuales, entradas económicas escasas, índices de género cotidianos que persisten, carencia de soporte familiar, escasez de vinculaciones expresivas, desamparo, desalentados, problemas en acceder al sistema de salud.

Lamentablemente, no siempre es asequible prolongar al adulto mayor en niveles óptimos, debido a que son abundantes las causas que interceden en su autocuidado, entre ellos un conocimiento deficiente sobre el padecimiento de esta. Desde este lugar, parte la noción que el autocuidado de la diabetes sólo se puede alcanzar mediante la educación y conocimiento del adulto mayor en los distintos componentes como el deporte, nutrición, tratamiento, control médico entre otros [(5)]. Las cifras en adultos mayores diabéticos aumentan progresivamente en nuestro país y el origen fundamental de su aumento es la alteración del modo de vida de los ciudadanos peruanos, determinada por el consumo excesivo de sustancias calóricos como “alimentos de chatarra”, bebidas azucaradas, una disminución de ejercicios físicos, conllevan un elevado índice de sobrepeso y obesidad [(6)].

La enseñanza, la dieta y la actividad física, conforme el tiempo y declaraciones crónicas, forman parte esencial del tratamiento de los usuarios con diabetes. Se conserva el tratamiento medicamentoso cuando el examen se torna dificultoso y las sintomatologías se resaltan. La educación a los usuarios mayores referente a las alteraciones del modo de vida, medicinas y dificultades en el desorden del metabolismo, donde es detallada y acorde en su facultad, para comprender los datos de pesquisa y el grado de importancia, logrando a contribuir al régimen terapéutico y vigilancia, impidiendo potenciales entorpecimientos tardías que perturben en su condición de vida. [(7)]

La educación del usuario con diabetes es un elemento principal en las atenciones y cuidados; dicho procedimiento estará requerido en el caso de la persona que conozca su padecimiento y adquiere experiencia de cooperar en los procedimientos. [8]

1.1. Realidad problemática

Actualmente la población adulto mayor ha ido decayendo debido a la presencia de la enfermedad del covid 19, causando un aumentando morbimortalidad originando el colapso de los sistemas de salud, creando un aumento de la demanda de atención, debido a la emergencia médica provocada por el COVID19, se generó un déficit de atención médica donde, de enero a octubre, se registraron 74,457 atenciones, pues la diabetes se ha convertido en una de las comorbilidades más comunes entre las personas que han fallecido por COVID19, según los Centros Nacionales de Epidemiología, Prevención y Control de la familia [9].

La población femenina es la más afectada 4,3% en comparación con la población masculina 3,4%. Este acrecentamiento suele observarse exclusivamente en sujetos mayores y en aquellas que padecen DM. Los usuarios con diabetes mellitus presentan un mayor riesgo de evolución desfavorable, desarrollando complicaciones e incluso un aumento de la tasa de mortalidad, debido a la falta de atención a sus controles [9]. La DM es el padecimiento que en períodos recientes ha manifestado un alto nivel de incidencia y prevalencia en las organizaciones de salud pública en todo el mundo, esencialmente en países desarrollados como América. Teniendo como resultado un censo de morbimortalidad que constituye la diabetes para la población y sus gobiernos, debido a que existe un aumento en todo el mundo. [4]

De acuerdo a las estadísticas de la OMS se inspeccionan el 80% en defunciones por DM se inspeccionan en naciones de bajos y medianos ingresos, a causa en diferentes factores como: crecimiento y envejecimiento de los habitantes, factores hereditarios, ambientales, sociales, obesidad, sedentarismo por lo que determinan una variación en el modo de vida de los sujetos [9]. Según, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), en América del norte y Caribe muestran mayor predominio en esta enfermedad, quienes representan un 11,5% de

habitantes a nivel mundial, seguida de Medio Oriente y África del Norte en un 10,7%.

En cuanto al territorio del Pacífico Occidental a igual que el Sureste Asiático se aprecia un 8,8% y un 7,3% en Europa. Los indicadores muy pequeños de la diabetes universal son en África con un 3,8%, por causa de un dominio en aumento de otros padecimientos y de una esperanza de vida en descenso [(10)]. Así mismo, la enfermedad de diabetes está creciendo apresuradamente y de carácter sorprendente en los países de bajos y medianos ingresos. China e India poseen cifras crecientes de individuos con diabetes 110 y 69 millones correspondientemente; EE.UU. aún posee cifras más altas entre las naciones desarrolladas con 29,3 millones de personas, le sigue Federación Rusa con 12,1 millones, Indonesia con 10 millones, Egipto con 7,8 millones y Japón con 7,2 millones. [(11)]

En Latinoamérica, muestra que Brasil con 14,3 millones y 11,5 millones en México forman parte de los 10 primeros países con gran cifra de individuos diabéticos en el mundo. América Central y Sur cuenta con el 9,6%, con una proyección para el 2040 el 15,8%, lo que representaría un rango superior de incrementos por prevalencia a nivel mundial [(12)]. En Perú, según datos del sistema de vigilancia epidemiológica del 2017, entre enero y diciembre presentaron 15,504 incidentes de diabetes, el 97 % pertenecen a DM2, el 2 % DM1, y el 1 % corresponde a otros tipos de diabetes entre ellos la diabetes gestacional. Entre enero y junio del 2018, consignan 8 098 incidentes de diabetes, informados por 99 hospitales, 95 centros de salud y 62 puestos de salud.

El 84 % de los padrones provienen de hospitales, 14 % de los centros de salud y el 2 % de los puestos de salud [(13)]. En INEI del año 2018, notificó en el Perú, el 3,3% del global de habitantes de 15 años a más, informan tener diabetes establecida por un profesional de la salud, el gran proporción de individuos con esta enfermedad se sitúan en Lima Metropolitana, Chiclayo y Piura [(14)]. Según MINSA - 2017, mueren 19 individuos con diabetes por cada 100 mil peruanos, además es estimada como décima quinta causa de mortalidad con mayor grado a nivel nacional, siendo las jurisdicciones de las regiones costa norte y de Amazonía como Tumbes, Madre de

Dios, San Martín, Loreto y Piura los que cuentan con un elevado índice de mortalidad por diabetes [15].

La GERESA (2017), notifica: El 9% de la población liberteña, equivalente a 50 mil personas, padecen de DM; habiendo diagnosticada en su mayoría adultos y de tercera edad. En la jurisdicción de Chepén, según referencias estadísticas obtenidas en el Hospital de Apoyo Chepén (2017), se encontró de 250 usuarios diagnosticados con DM, 179 usuarios acuden al programa de enfermedades no transmisibles, 57 son de tercera edad [16]. En el interior del país (2018), Red Prestacional Arequipa presentó el mayor número de nuevos pacientes con diabetes, informó 10,308 casos, seguidos de Lambayeque (8,900). La Libertad (8,892), Ica (6,015), Piura (5,775), Áncash (3,212) y Loreto (2,461) [17].

Según INEI – Lambayeque (2018), el 8,5% de habitantes adultos mayores fueron notificados por un personal médico que padecía de diabetes. Por género de edad, se halló que este padecimiento se encontró en mayor porcentaje en los grupos de 60 - 64 años y de 70 - 74 años de edad, 9,9% en cada uno. En los posteriores doce meses previos a la información, el 12,1% de adultos mayores residentes en el área urbana fueron notificados que presentaban diabetes, de ellos el 84,4% aceptaron tratamiento. En el área rural solo se presentó el 2,8% de esta enfermedad, el 30,5% no recibió tratamiento.

La población de 60 años o más tiene una mayor prevalencia de diabetes que, lo que puede explicarse por la "transición demográfica" en el mundo debido a la prevalencia de diabetes. La disminución de las tasas de diabetes, tasas de natalidad y mortalidad, acompañadas de una transición epidemiológica, de las cuales enfermedades crónicas no transmisibles se convirtieron en la principal causa de muerte y enfermedades que contribuyen más a la carga de enfermedad y discapacidad, debido a factores causantes como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y hábitos alimentarios poco saludables y hábito inadecuados. [18]

Esta investigación se llevó a cabo en el C.S. José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque. Este Centro Salud se encuentra en la

categoría I-4 ofrece una atención especializada a las personas que asisten a diferentes servicios para su respectivo control y tratamiento. Dan énfasis en la promoción de la salud brindando gsesiones educativas acerca de este padecimiento DM, realizados por estudiantes y profesionales de Enfermería, pero no se realizó ningún estudio, donde se evalúa cuanto aprendieron y como han mejorado su grado de conocimiento y práctica de autocuidado de estos usuarios que asisten a su control, por lo que es importante realizar este estudio, para establecer el grado de conocimiento y práctica de autocuidado que poseen los individuos diabéticos.

Se evidenció durante las prácticas comunitarias un incremento de adultos mayores diabéticos, por el cual la mayoría no asisten a sus controles, por diversos factores (viviendas lejanas al centro de salud, situación económica baja, abandono familiar, complicaciones a otras enfermedades, entre otras) y al ser entrevistados manifestaron que no conocían sobre la enfermedad que padecen, no consumen una dieta saludable, no llevan un control médico estricto, mayormente se rigen al sedentarismo, y también desconocen las prácticas de autocuidado para prevenir posibles complicaciones.

Del mismo modo, se evidenció que la mayoría vivían solos y algunos con ascendientes que desconocían como cuidarse en cuanto a su nutrición y su examen médico. Tomando en cuenta el índice de acontecimiento sobre esta enfermedad, y la incidencia de las complicaciones tardías de diabetes en nuestra población, es esencial precisar el grado de conocimientos sobre la patologia que poseen los de tercera edad, siendo fundamental la única forma de prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida de los diabéticos mayores.

Consecuentemente los diabéticos de edad avanzada, comprenden la necesidad de evaluar no solo el saber sino asi mismo el autocuidado, pues deben ser competentes para usar un régimen de autocuidado, donde el conocimiento que han adquirido sobre su padecimiento se puede utilizar para beneficiar su oportuno autocuidado, vigilando su sanidad y/o prevenir futuros inconvenientes.

1.2. Antescedentes de estudio

Internacional

López, G. Honduras, 2019, en su estudio titulado: "Conocimientos, actitudes y practicas en relación al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Centro Integral de Salud Nueva Suyapa, Tegucigalpa, 2019". Su objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al autocuidado en los usuarios con diabetes en el centro integral de salud Nueva Suyapa, Tegucigalpa. Método: estudio descriptivo transversal. Resultados: El 88% de los encuestados no entendió completamente la enfermedad, el 58% tuvo una buena actitud sobre el tiempo para realizar ejercicio, el 46% expresó una actitud favorable sobre el cuidado de los pies, un 50% usó zapatos cómodos, pero tienen muy malos hábitos en cuanto al ejercicio ya que el 100% refieren no realizan ninguna actividad física. (19)

Lázaga, G. Cuba. 2018. En su estudio titulado: Nivel de conocimientos sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Consultorio M 16. Diciembre 2018 – Febrero 2019. Policlínico Leonilda Tamayo Matos. El objetivo del estudio fue: determinar el nivel de conocimientos de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se ejecutó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 88 sujetos. Resultados: 36.1 %, estaba entre las edades 60 a 69 años, 60.9 % mujeres, 30.5 %, tienen educación secundaria inferior, 38.8 % tienen empleo formal, 72.2 % tienen conocimiento sobre la enfermedad, la discapacidad es pobre, y 77.7 %, no tienen un cuidador personal, el 47.2 % tienen información a través de los medios (20).

Posa, R. México, 2017. En su investigación titulado: "Nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo II. Aguas calientes". Su objetivo fue identificar el nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo II en Aguas calientes. Su método es una investigación cuantitativa descriptivo – transversal. Los resultados obtenidos fueron una puntuación media de 16.43 puntos de un total de 25 puntos en el conocimiento del autocuidado en usuarios diabéticos tipo 2. (21)

Castro, D. Honduras, 2017. En la indagación titulada “Conocimientos, prácticas y actitudes de pacientes con DM2”. El objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento, la práctica y las actitudes relacionadas con la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la aldea El Nance. Se trata de un estudio descriptivo de tipo cuantittativo. Resultados de la evaluación de 40 sujetos con diabetes mellitus tipo 2, el 50% usuarios tienen poco conocimiento de diabetes tipo 2, el 9% de los usuarios se centró en la retroalimentación relacionada con el concepto de la enfermedad; el 11% corresponden a complicaciones; el 17% recibió tratamiento y el 63% relacionadas con el cuidado; por tanto, el aspecto en el que menos conocimiento tienen es el concepto de enfermedad. [22]

Gómez, P. Guatemala. 2017. Realizaron un estudio sobre conocimiento y práctica de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con diabetes mellitus tipo 2, que acudieron al puesto de salud fortalecido de San Sebastián Coatán, Huehuetenango, Guatemala. Año 2017. Objetivo: determinar el conocimiento y prácticas de auto-cuidado en sujetos mayores de 40 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al puesto de salud fortalecido, del municipio de San Sebastián Coatán del departamento de Huehuetenango, durante el mes de octubre del año 2017. Es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

Resultados: el 39% de usuarios diabéticos tienen la enfermedad desde hace mas de 5 años, 67% de los pacientes ha presentado el principal síntomas de poliuria, el 72% de los usuarios saben el cuidado de los pies, el 83% de los pacientes comen de 2 a 3 veces al día, el 89% de los pacientes realizan ejercicios, el 100% tienen actividad para caminar, el 56% no verificó si presenta lesiones en los pies, el 33% asistieron a sus controles médicos, el 39% respondió que solo toma medicamentos cuando se acuerda. [23]

Nacional

Montalvan, R. y Pineda R. Trujillo, 2018. Averiguación encabezada: “conocimiento, prácticas y actitudes de autocuidado del paciente de edad avanzada con DM”; tuvo como objetivo describir los conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado de los pacientes ancianos con diabetes mellitus del Hospital de Apoyo

Chepén, 2018. El presente estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal. Como resultado el nivel de conocimiento de los ancianos con diabetes sobre su enfermedad fue bueno 66%, regular 28%, y 6% deficientes niveles de conocimiento. El 60% de las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus son regulares, el 30% muestra buenas prácticas de autocuidado y el 10% prácticas deficientes. [24]

Isuiza, M. Iquitos. 2918. En su investigación titulado: "Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes, Puesto de Salud 1-2 Progreso, San Juan Bautista 2018". Su objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes, Puesto de Salud 1-2 Progreso-San Juan Bautista 2018. Este estudio es de tipo de investigación no experimental, el diseño fue descriptivo correlacional con corte transversal.

Resultados: El grupo de edad con mayor frecuencia de usuarios diabéticos es de 56 a 65 años con 32.5%, 66.7% eran mujeres, 51.7% tiene educación primaria, 57.5% tuvieron nivel alto de conocimiento, 33.3% nivel de conocimiento medio y el 9.2% tiene nivel bajo de conocimiento. El 75.0% exhiben prácticas adeucadas de autocuidado y el 25.0% prácticas inadecuadas de autocuidado. Se observó una relación cualitativa entre el conocimiento y la práctica del autocuidado, demostrada con la prueba de hipótesis propuesta en este estudio [25].

Silvano, E. y Lazo V. Lima, 2017. En estudio titulada "Efectividad del programa "Vida dulce y sana" en prácticas de conocimiento y autocuidado en ancianos con DM". El objetivo fue determinar la efectividad del programa "Vida dulce y sana" en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima 2017. El tipo de estudio es cuantitativo, longitudinal; diseño cuasi experimental. Los resultados mostraron que 96,3% de pacientes del grupo experimental tenían un bajo conocimiento sobre el autocuidado y el 88,9% tenían una prácticas inadecuada antes de aplicar el programa; después de aplicar, el 51,9% mostró nivel de

conocimiento regular y el 11,1% mostró buen nivel; el 40,7% práctica actualmente en proceso de mejora y la práctica inadecuada desciende al 59.3%. [26]

Barzola, S. Lima, 2017. En su información: "efectividad de los esfuerzos educativos en el nivel de prácticas de autocuidado y conocimiento de DM II". El objetivo fue determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas de autocuidado en la Casa del Adulto de Surquillo. El estudio utiliza métodos cuantitativos, de diseño de investigación cuasi experimental. El mayor nivel procentual de resultados fue el conocimiento promedio sobre los aspectos generales de la enfermedad y la dimensión de conocimiento basado en práctica de autocuidado. [27]

Pasache, P. Iquitos 2016. Titulado "Nivel de conocimientos sobre la DM en usuarios diabéticos tipo 2 tratados en el III hospital de Iquitos – essalud". El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2016. Este estudio fue de tipo cuantitativo con un diseño no experimental, descriptivo transversal prospectivo. Resultados aproximadamente el 52% de los usuarios diabéticos tipo 2 del Hospital III Iquitos de EsSALUD, no tenían conocimiento adecuado sobre diabetes. [28]

Local

Sánchez, L. Chiclayo 2018. Estudio titulado "Conocimiento y práctica de autocuidado para ancianos con DM II". Su objetivo fue identificar la relación entre el nivel conocimiento y la práctica de autocuidado de adultos mayores diabéticos tipo II del C. S. Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018. Se trata de un estudio cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo, correlacionado y transversal.

Los resultados muestran que el nivel más dominante de práctica de autocuidado en examen clínico es el nivel medio con 48.5%, en el que predomina la práctica de autocuidado con un nivel moderado de dieta es 48.5%, para el ejercicio, el nivel de práctica de autocuidado predomina el cuidado básico 50.0%, mientras que el nivel

de práctica del cuidado del pie del autocuidado báscio representó el cuidado 47.1%, en el examen oftálmico el nivel de práctica de autocuidado es moderado con el 48.5%. El 27,9% también tiene conocimientos básicos y prácticas de autocuidado. El 5,9% tiene un alto nivel de conocimiento de las experiencias de autocuidado. [29]

Chanamé, LL. Chiclayo, 2018. En la presente indagación: "Nivel de conocimientos y práctica de autocuidado en el usuario con DM en Hospital Las Mercedes". El objetivo fue determinar la relación entre el conocimientos y la práctica de autocuidado en el paciente con diabetes del Hospital Las Mercedes - Chiclayo, 2018. El tipo de estudio fue cuantitativo de corte transversal correlacional. Resultados: el 82,40% de pacientes tienen un nivel más alto de conocimientos sobre autocuidado y un 17,6% tienen un nivel mas bajo de conocimientos sobre el autocuidado y 77,03% de personas diabéticas tenían un nivel más bajo práctica de autocuidado y 22,97% en práctica de autocuidado tienen un nivel inadecuado. [30]

Chunga, A. Lambayeque, 2018. En su investigación: "Conocimiento de DM 2 en pacientes que se atienen en dos hospitales de Lambayeque". Su objetivo era determinar el nivel de conocimientos sobre su enfermedad y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de dos Hospitales de Lambayeque. Su investigación sobre estudios cuantitativo, descriptivo transversal. Como resultado la tasa de conocimientos promedio es de 61,8% y adecuado en 38,2%. El 26% tuvo al menos una hospitalización relacionada con complicaciones en los últimos 2 años. No se encontró asociación entre variables sociodemográficas, instrucción diabetológica previa, comorbilidades, ser personal de salud, número de controles y tener un padre con diabetes con prevalencia a diabetes; se encontró relación entre el nivel de conocimientos y el hospital al que pertenecían. [31]

Quispe, H. Ferreñafe, 2018. Realizó una investigación titulado "conocimiento y actitud preventiva sobre DM2 en usuarios adultos atendidos en el Hospital Referencial Ferreñafe – 2018". Su objetivo fue determinar los conocimientos y actitudes preventivas hacia la diabetes Tipo 2 en individuos atendidos en el Hospital Referencial Ferreñafe - 2018. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo. Los resultados del análisis de comprensión de la diabetes Tipo2,

hallaron que el 41,98% tenía un nivel de conocimiento inadecuado, intermedio con 55,56% y alto el 2,47%. En cuanto a la actitud preventiva muestra, el 40% tiene una desfavorable actitud, 38,3% es moderadamente desfavorable, el 17,3% es moderada y el 3,7% tienen una favorable actitud. Los resultados obtenidos en cuanto a conocimiento muestran que 41,96% usuarios son maduros. No tienen unn conocimiento suficientes, en relación a medidas preventivas promocionales, el 55,56% tiene conocimientos intermedios y el 2,47% no tiene conocimientos adecuados. [32]

1.3. Teorias relacionados al tema

En el proyecto de investigación se sustenta en ambas teorías en Nola J. Pender y Dorothea Orem. Estas teorías se relacionan en la presente investigación, ya que ambos fomentan las conductas de salud del adulto mayor, logrando un bienestar físico y emocional. Este modelo de Promoción de la Salud se ajusta a todos los contexto de cambio de comportamiento al prolongar la calidad de vida, no solamente los usuarios que permanecen supuestamente saludables sino también de aquellos que padecen de alguna enfermedad. Así mismo el autocuidado son actividades concernientes con la promoción y fomento de la salud, la innovación de formas de vida, el descenso de los factores de peligro y prevención de enfermedades, mantener y recuperar la salud.

Ambos escritores parten el juicio de que el sujeto puede cambiar por sí mismo, o con apoyo de terceros, en su propio autocuidado. De esta manera, se reconoce al autocuidado como componente principal que origina el desarrollo humano integral, favoreciendo la libertad expresada en el protagonismo real del individuo de su propio destino en los diferentes partes de su vida.

Nola. J. Pender. “Promoción de la Salud”. Es la más sobresaliente en la promoción de salud; este modelo, los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, se divide en elementos de percepción cognitivo-perceptivo, entendidos como juicios, creencias, ideas que los individuos adquieren sobre la salud que conducen o promueven ciertas comportamientos determinados, relacionados con la

adquisición de decisiones o comportamientos que promueven la salud. La innovación de los componentes, y la motivación para realizar dicho comportamiento, llevan a los usuarios una condición muy positiva llamada salud. (33)

Este modelo establece que el comportamiento se produce a través de la búsqueda de bienestar y potencial humano. Le preocupaba establecer la instauración de un modelo enfermería que proporcionara respuestas sobre cómo los usuarios toman decisiones sobre su bienestar. Este modelo desarrolla comportamientos saludables estableciendo responsabilidades para la salud, la actividad física, la alimentación, las relaciones interpersonales, el crecimiento espiritual y el tratamiento del estrés para alcanzar una vida saludable (34). Se logró confrontar que el modelo de Promoción de la Salud se adapta a cualquier contexto de intercambio de comportamiento para mejorar la eficacia de vida no solo para los usuarios aparentemente sanas sino también de aquellos que padecen de cualquier dolencia.

Este modelo nos permite manifestar y pronosticar las actuaciones de vitalidad, es por ello que al ser aplicado permite conservar una vida saludable (35). Así mismo da importancia a la cultura, que se estudia como el conjunto de experiencias y conocimientos adquiridos con el tiempo, que se aprende y se transmite de una procreación a otra.

El conocimiento es fruto del saber, es poseer las cualidades o cualidades del objeto y tenerlas como imagen en la mente, mediante la práctica o la enseñanza, o mediante la reflexión. Es un "conjunto de nociones, concepciones, declaraciones que pueden ser claros, precisas, ordenadas, vagas e inexactas, calificándolas como conocimiento científico, ordinario o común"; según esta definición el conocimiento científico es justificable, asequible, común o vulgar es el producto de la práctica y es necesario demostrarlo o probarlo (36,37). Bunge testifica que el conocimiento esta compuesto de concepciones e ideas abstractas o precisas sobre un área disciplinaria sobre un tema concreto.

Bertrán testifica que el conocimiento es un grupo de indagaciones, que el individuo posee como fruto de su costumbre, y lo que ha podido deducir de ella (38, 39). El

conocimiento es propio, influye y habita en los usuarios se lo relacionan como resultado de su experiencia propia, y se concentra en su acopio personal, convencido de su significado e implicaciones.

Dorothea Orem. Este modelo consta de 3 teorías conectadas entre sí: Teoría de autocuidado, la teoría del déficit autocuidado y la teoría del sistema de Enfermería. En la teoría del autocuidado define como una cooperación fija del usuario a su propia subsistencia: El autocuidado es una actividad que los usuarios estudian y se centran en una finalidad. Es un comportamiento exististente en contextos de la vida concreta, dirigido a los usuarios acerca de sí mismos, en relación con los otros o el medio, para regularizar los componentes que destacan en su propio desarrollo y función en beneficio de su vida, salud o confort. Existen clases de autocuidado:

autocuidado universal: es habitual para todos los usuarios que incluyen la preservación del aire, el agua, la eliminación, la actividad y el descanso, la soledad y la interacción social, la prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. *Autocuidado del desarrollo:* promueva las situaciones necesarias para la vida y la madurez, evitando la aparición de situaciones desfavorables o mitigando los efectos de dichos contenidos, en diferentes momentos del proceso evolutivo o de desarrollo humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Y el autocuidado de los trastornos de salud que surgen o están relacionados con condiciones de salud [(40)].
El autocuidado se determina como una función reguladora que las personas usan determinadamente hacia el sustento en las necesidades vitales, el desarrollo y actividad total.

Además, la práctica de ejercer el autocuidado es progresada en la trayectoria de la vida diaria, se realiza a través de un juicio de aprendizaje espontáneo, en el grado del razonamiento intelectual, con educación y vigilancia , a través de la experiencia de las medidas de autocuidado [(41)]. Bueno el autocuidado, establece una visión personal para la práctica clínica que enfatiza fundamentalmente la facultad de la persona para recibir, conservar la salud. El autocuidado, está relacionado con el conocimiento aprendido, es un comportamiento que surge repentinamente en entornos de vida específicos, y la persona se rige así mismo o al ambiente, para

regular componentes que alteran su peculiar desarrollo y acciones en favor de la persona: salud, vida, y bienestar.

El conocimiento, según Martínez, señala que el juicio es la experiencia que una persona tiene para obtener información durante toda la existencia y usarla en un terminante período o situación que surge, establecido en reglas del acontecer social que se encuentra firmemente unido a la actividad práctica [(42)]. Así mismo Piaget, en la hipótesis diseña que el conocimiento es el efecto de la interrelación entre el entorno e individuo que lo rodea; conocer representa saber de algo, proponiendo que el saber y la razón son acontecimientos adaptativos del individuo al medio, por lo cual expresa como una variedad contínua de estructuras de conocimiento que se organizan partiendo de los reflejos de succión y prensión, esenciales del ser humano. [(43)]

Para Bunge, el conocimiento sirve como orientación para las acciones de los usuarios en el juicio al decidir qué formar en cada instante, ya que esta acción tiene la finalidad de corregir los resultados a cada persona los fenómenos y cambios percibidos [(44)]. Pues el grado de conocimientos que poseen los usuarios con esta patología viene a ser las nociones, experiencias que van obteniendo información de su enfermedad como también de las experiencias propias de acuerdo al progreso de su padecimiento. Si la persona muestra un grado de conocimiento elevado en la experiencia del autocuidado en la prevención y complicaciones, impediría la manifestación de complicaciones crónicas, obteniendo un progreso en la calidad de vida y bajo costo, para sí mismo y para la atención médica.

Así mismo, Salazar define el conocimiento desde punto filosófico como “acto y contenido”; el acto es la comprensión de un objeto, pertenencia, hecho; deduciendo preocupación por el desarrollo cognitivo y no físico. Como contenido es lo que se obtiene a través de los hechos de conocimiento, este cnonocimiento se obtiene adquiriendo, almacenando, transfiriendo y procediendo de uno a otro. [(45)]. Cabrera, afirma que alguien sabe algo sin opinar sería contradictorio. El concepto de contradicción corresponde a la lógica, pero este argumento no de trata de lógica, sino de conocimientos. [(46)]

Gardner especifica al entendimiento como un concepto multidimensional; la capacidad para resolver problemas en el ámbito cultural, en el que las personas pueden demostrar conocimiento y capacidad para hacerlo. El conocimiento es el resultado formado por pesquisa, normas, conexiones e interpretaciones situadas intrínsecamente en un contexto de experiencias, ocurrido dentro de una formación, justo de carácter general o individual. El conocimiento solo puede ocupar dentro de un sabedor, un individuo definido que lo interioriza racional o irracional. [47]

La práctica de autocuidado es la aplicación de instrucciones y guias que llevan en el quehacer del individuo. Este suceso, relacionado con la investigación, aplica los conocimientos que posee el usuario con DM de efectuar numerosas atenciones como el cuidado medicamentoso, alimentación saludable, actividad física, higiene y cuidados de la vista, optimizando su calidad de vida y asimismo prevenir posibles consecuencias y por lo tanto repercusiones en la dimensión biológico, emocional, social e espiritual [48]. La palabra práctica lo conceptualizan de la siguiente manera: "es la búsqueda de cualquier arte o facultad de acuerdo a sus normas" y "la habilidad obtenida con la práctica".

Está definición parte de un concepto, de una disciplina, hipótesis, o contrastación experimental de una hipótesis. Por consiguiente las habilidades de cuidado se asciende al comienzo propio del individuo, cuando se convierte en trascendente "Asegurar la vida" para sobrevivir. Se han refinándose y perfeccionándose en el período a medida, que se proporcionaban hechos: sedentarismo, agricultura y organización laboral como género, entre otros. Se testifica:"los cuidados dan lugar a hábitos y prácticas que se forman deiseccionando las formas en que las personas aprehenden y utilizan el marco de la biografía que los rodea y cuando las habilidades se vinculan conceptuán sus propios ritos y creencias". [48]

Según Kasl conceptualiza, habilidades de cuidado de salud: " acciones realizadas por un sujeto que está en buen estado de salud, cuya finalidad de prevenir o disminuir la patología o descubrir a tiempo cuando es asintomática". [46] Este concepto emprende el cuidado preventivo y promocional a través de buenas

prácticas de autocuidado el usuario diabético alcanzará una mejor óptimo de bienestar y de este modo prevenir diferentes complicaciones a futuro. Las mayores diabéticas toman un tratamiento teniendo como finalidad regularizar la glicemia, evitando e disminuyendo el progreso de las complicaciones vasculares y neuropatías. Las prácticas de autocuidado en la persona diabética se dividen en 4 aspectos: control médico, cuidado dietético, ejercicio físico, y cuidado en la vista.

Control médico en el consultorio se realiza una historia clínica completa: información de la persona, examen físico completo y análisis analítico, encontrando los problemas alterados. Lo más recomendable es mensual, pero puede efectuarse en un período de 6meses o 1año, donde se realiza una evaluación exhaustiva con la finalidad de controlar y detectar alteraciones que puedan existir, realizar programa de rehabilitación, ajustándose si es necesario. *En el cuidado de la dieta*, es conservar los valores de la glucosa dentro de los rangos normales durante el día. Conservar los valores de triglicéridos, colesterol, lípidos, LDL, entre los rangos normales, pues el aumento de los lípidos establece las causas desarrollar enfermedades cardiovasculares y conservar el peso corporal, llamado "peso ideal".

Ejercicio físico: es significativo en la terapia de la diabetes, reduce los índices de glucosa en sangre, disminuyendo el factor de riesgo cardiovascular. A través de la actividad reduce la glicemia en sangre, y aumenta la absorción de glucosa en musculatura y mejora el control de insulina. *Cuidados de la Vista*, se debe acudir frecuentemente al oftalmólogo, detectando tempranamente la retinopatía en usuarios diabéticos. Al menos una vez por año, se deben realizan una exploración de las vistas, previniendo algunas alteraciones que se puedan presentar, el cual se basa en el oculista, realiza una técnica llamado agrandamiento de la pupila para visualizar la retina y descubrir las complicaciones futuras lo antes posible y manejarlas inmediatamente, evitando complicaciones tardías graves. [49]

El adulto mayor, la OMS al igual que la OPS, define adulto mayor a varones y mujeres a partir de 60 años a más. [50] Un adulto mayor es aquel sujeto que se localiza en el último período de vida, posterior de la adultez y anticipa al fallecimiento del individuo; durante este período el cuerpo y las facultades

cognitivas de los sujetos se van desgastando. Esta etapa concluye cuando la disminución de la salud se transforma la parte central de la vida y es cuando surge la subordinación, esta etapa después de la vejez, está determinada por la disminución de la salud, y la aparición de la dependencia, dominándose la cuarta edad correspondiente a la definición de vejez. [51]

Puntualiza la vejez como un fenómeno representativo que constituye cambios que sufren constantemente todos los sistemas y ecosistemas biológicos a lo lardo del tiempo". Este escritor, describe el proceso de envejecimiento "el efecto del paso del tiempo, el deterioro espontáneo de los órganos y las estructuras corporales y de los métodos proyectados conforme al organismo". Se deduce la vejez, el desarrollo de desgastes físicos, biológicos, funcional y psicosocial de la persona en su trayectoria de vida, donde los factores genéticos, hereditarios, socioculturales, ambientales y estilos personales, degeneran en un entorno dado y circunstancias determinadas [52].

El transcurso de la vejez necesitan de componentes intrínsecos y componentes ambientales. Lo que sobresalta no es el comportamiento acostumbrada del organismo con el entorno, sino sus facultades, sus posibilidades de afrontar a circunstancias insólitas de origen biológico, psicológico y social. [53] Está establecido por cambios de tres grados: cambios biológicos, sociales y psicológicos.

La diabetes mellitus, es un padecimiento de alteraciones del metabolismo, se origina por que el páncreas no elabora suficiente insulina o cuando no funciona el cuerpo por que las células no responden al estímulo. Se determina por el hecho de que el organismo no puede usar y acumular glucosa adecuadamente, provocando la persistencia en la sangre en cantidades elevadas a estándares, variando la asimilación de carbohidratos, lípidos y proteínas.

"Este trastorno es una dolencia causada por un cambio en la sintesis de los hidratos de carbono, surgiendo una gran ración de azúcar en la sangre y en ocasiones en la micción" [54]. La DM establece un conjunto de alteraciones del metabolismo, representados en índices altos de azúcar en la sangre (hiperglucemia) causados por falta de acción o secreción la insulina, o ambos. Por lo tanto, según OMS,

conceptualiza la DM: “un período de hiperglucemia crónica, logrando ser el resultado de diferentes elementos ambientales que con frecuencia intervienen al mismo tiempo”. Es un trastorno metabólico que alteran los carbohidratos, así mismo los lípidos, las proteínas y el equilibrio acido-base. [55]

La diabetes es un padecimiento crónico, que requiere un monitoreo constante, comprensión este malestar y del soporte de varios profesionales de la salud. Pero la gran medida del cuidado y control es responsable del usuario. Por lo tanto se considera fundamentalmente significativo que los usuarios con diabetes conozcan su padecimiento, los fines del tratamiento y que carácter en la que pueden beneficiarse de su propia atención [3]. El individuo diabético debe ser consciente y conocedor sobre esta enfermedad. El conocimiento y la información son medios eficaces, un sitio de partida para el desarrollo humanitario, se solicita transformar este juicio en confianza, que sea protegido, ejercido, asumido con toda responsabilidad [5].

El desconocimiento de las prácticas del cuidado de sí mismo es el origen primordial para que el usuario con diabetes manifieste una conducta negativa ante las dificultades inherentes a la patologia. El adulto mayor con esta enfermedad, el cambio de estilos de vida es relevante porque ayuda a vigilar y mantener la enfermedad. Pues la enseñanza del adulto mayor con diabetes sin duda, se registra como un elemento esencial en su atención; ya que el tratamiento será inspirador es consciente conoce su enfermedad y tiene la destreza de anunciar en sus propios tratamientos [18].

Sus causas de esta enfermedad son complejas, pero en gran parte se puede ver implicado por no aplicar los conocimientos de manera saludables. Aunque existe un incremento de incidentes en adultos mayores diagnosticados de trastornos metabólicos (Diabetes) y sus complicaciones, pues se puede prevenir usando estilos de vida saludables como alimentación saludable, mantener los valores habituales de glucosa, conservar el peso corporal, realizar ejercicios, entre otros. [4]
Fisiología de la diabetes: La insulina es producida por las células beta, siendo un tipo de células islotes de Langerhans del páncreas. En los nutrientes, aumenta la

secreción de insulina y mueve la glucosa del sistema circulatorio al hígado, los músculos y las células grasas. La insulina tiene efectos importantes sobre estas células: metaboliza y transporta la glucosa produciendo energía, en el cual provoca la acumulación de azúcar en los músculos y hígado (glucógeno), señala al hígado que deje de liberar glucosa, impulsa la acumulación de la grasa que moriría en el tejido adipocitario, apresura el transporte de aminoácidos a las células.

Son 3 tipos de clases:

- **DM tipo 1:** define la deficiencia absoluta de insulina, a causa de la destrucción de las células beta en el páncreas por el desarrollo autoinmune ó idiopáticos. En 20 usuarios diabéticos 1 de ellos presentan diabetes tipo 1, manifestándose continuamente en jóvenes y niños. Esta clase de diabetes es también llamada DM insulinodependiente o diabetes juvenil, las células beta en el páncreas no elaboran insulina o escasamente lo originan. Durante los inicios de años que presenta el padecimiento, generalmente tienen reservas pancreáticas que accede segregación pequeñísima de insulina. Se desconoce los orígenes exactos que dan inicio a la diabetes entre ellos son: factor genético, ambiental y autoinmunidad.
  SINTOMAS: Aumento de la sed, elevado número al misionar, diminución de peso a pesar del incremento del apetito, fatiga, náuseas y vómitos.

- **Diabetes Mellitus tipo 2:** regularmente es diagnostica cuando ya se ha originado una serie de alteraciones que es factible, tratar si se indaga precedentemente de que se presente la hiperglicemia.
  Se describe por la deficiencia relativa de elaboración de insulina, en el cual no desvanece, pero el cuerpo presenta una resistencia a esta hormona.
  Esta enfermedad se muestra más a menudo en adultas mayores de 60 años, y actualmente es llamado DM no insulina dependiente.

  Es causado por varios factores entre ellos los genes y el estilo de vida como obesidad, sedentarismo, tabaquismo y estrés, entre otros. Diversos medicamentos y otros orígenes pueden producir este tipo de diabetes. Es habitual que la DM 2 se asocia comúnmente al consumo prolongado de corticoides.

Sus SINTOMAS: Aumento de sed, incremento de la necesidad de misionar, incremento de apetito, fatiga, visión borrosa, heridas en tardio de curarse, infecciones frecuentes, impotencia a los hombres.

- **Diabetes secundaria:** se debe a enfermedades pancreáticas, endocrinas, consumo de medicamentos corticoides entre otros, entre ellos tenemos: alteraciones en el páncreas, malestares endocrinos, medicamentos, manifestaciones genéticas, malnutrición y anomalías de receptores de insulina. Los factores son originados por estilos de vida inadecuados.

  Es pertinente recordar que la persona diabética es un individuo complicado que consigue tener manifestaciones clínicas en diferentes órganos aún sin sintomatología y puede ignorar la presencia de la enfermedad. [54]

Tratamiento : Se fundamenta en tres puntos básicos: alimentación saludable, actividad física y tratamiento. La finalidad es conservar los índices de azúcar en sangre entre los valores normales para disminuir el riesgo de las alteraciones agregados al mal.

En la DM I, el único tratamiento es la administración de la insulina, en el cual se regula y ajusta la administración del medicamento de insulina a lo que el individuo consume sus alimentos, el ejercicio que efectúa y sus índices de glucosa, por lo tanto, el sujeto debe controlar regularmente la azúcar en sangre, usando el glucómetro, mejorando la salud.

En la DM II el régimen terapéutico es más profundo. En este tipo de diabetes la insulina no siempre es necesaria. Siguiendo un estilo de vida sano y bajar de peso, los valores de azúcar en la sangre logran regularizarse dentro de los valores normales.

En el presente estudio del conocimiento y prácticas de autocuidado, se fundamenta en las siguientes dimensiones, con la finalidad primordial es prevenir y evitar posibles consecuencias metabólicas crónicas y agudas, las cuales son las siguientes:

- **Alimentación saludable:** Es primordial en el tratamiento de la DM, tiene como finalidad regularizar el peso del usuario, utilizando la alimentación hipocalórica si tiene sobrepeso, normocalórica si tiene un peso normal, o hipercalórica si es delgada y la adquisición de normoglucemia, es importante para el cumplimento vigilar las ingesta de calorías, conservar un horario habitual de las comidas y prevenir el consumo de azúcares refinados, siendo el mejor plan dietético brindado por un especialista de nutrición, de acuerdo a sus preferencias alimentarias y estilo de vida.

- **Actividad física:** ayuda a regularizar el peso del usuario, reduce los índices de glucosa en la sangre, al transportar el azúcar a las células, en donde se maneja como fuente de energía.

- **Medicamentos**, tenemos:
  Insulina. - es un medicamento hipoglucemiante. Forma parte del tratamiento de la enfermedad. La insulina se administra habitualmente en vía subcutánea. Existen numerosos tipos de insulina, entre ellas es la Insulina R (Rápida acción), Insulina NPH (acción prolongada) y otras atenciones intermedias.
  Este medicamento no puede suministrarse por vía oral, para disminuir los valores de glucosa, porque las enzimas digestivas cortan la acción de la insulina. Algunos usuarios se administran por vía SC de modo continuo por medio de una bomba de insulina. Este medicamento también se suministra por vía endovenosa o intramuscular en contextos agudos.

- **Complicaciones**
  La mayoría de los usuarios con diabetes se mantiene controlada la glucosa, pero algunos de ellos presentan el riesgo de padecer complicaciones de la enfermedad, siendo algunas de ellas graves, entre ellas tenemos:

  Hipoglucemia: es la disminución de valores de la glucosa en sangre, por inferior de 50 – 60 mg/dl, puede presentarse como resultado de un sobreesfuerzo o actividad física no usual, una sobredosis de insulina, diarreas, vómitos o escasos

de hidratos de carbono en la alimentación usual. Se puede presentar cualquier parte del día, en el sueño nocturno es principalmente peligroso ya que puede no despertar el usuario y si son reiteradas veces, originan alteraciones cognitivas con el período del tiempo. Los síntomas clínicos son: palpitaciones, taquicardia, sudoración fría, sensación de hambre, temblores y nerviosismo.

Cetoacidosis diabética o coma diabético. Es una situación causada por una cantidad de insulina incorrecta, habitualmente perjudica a los individuos con DM1, aunque ocasionalmente también puede surgir en DM2. Las causas más usuales de los síntomas son: descenso o descuido de las indicaciones de la insulina y dolencias intercurrentes. Usualmente se presenta cuando la glucosa sobresale los 300mg/dl. Los organismos cetónicos son encargados de indicios digestivos como: olor respiratorio, náuseas, vómitos, anorexia y dolor abdominal.

Coma hiperosmolar. Se presenta en los usuarios diabéticos tipo 2, sin embargo, puede surgir asimismo en los individuos diabéticos tipo1, cuando se administran insuficiente insulina. Las manifestaciones clínicas tenemos: sequedad de piel y mucosas, deshidratación intensa, taquicardia, hipotensión, y signos neurológicos variables (como sensoriales, convulsiones, hemiparesia).

Complicaciones en los miembros inferiores. Los usuarios diabéticos deben de prestar atención en el cuidado a sus pies, ya que pueden desarrollar diabetes como heridas, infecciones, gangrena, entre otros, que continuamente pasan de desapercibidos. Así mismo las heridas son originadas por diferentes tipos de agentes entre ellos tenemos: químico (el uso de agentes punzantes para las callosidades), térmicos (prevención con el uso de botellas de agua caliente), y traumático (lesiones o cuerpos extraños en el calzado, entre otros).

- **Control médico:** Es esencial comprender el nivel de control de las alteraciones metabólicas de los individuos, y realizarse una batería de análisis bioquímicos, para el bienestar del usuario.

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles es la relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado del anciano diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020?

1.5. Justificación e importancia de estudio

En la actualidad la diabetes en el mundo es una enfermedad crónica, surgiendo un problema en la salud pública, siendo una de las principales causas de morbimortalidad en diferentes instituciones en salud, presentando o aumentando las posibles complicaciones como enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, ceguera, amputaciones entre otras; debido al control glucémico deficiente de los adultos mayores diabéticos.

Esta investigación es sustancial ya que me motivó investigar a los usuarios diabéticos de tercera edad, el conocimiento que poseen respecto a su patología y sus prácticas de autocuidado de salud para una mejor calidad de vida. Desafortunadamente, no siempre es posible mantener al usuario diabético en niveles óptimos, debido a que son muchos los factores que intervienen en su control, entre ellos un conocimiento inadecuado sobre su enfermedad. Desde este punto, parte la idea que el control de la diabetes sólo se puede lograr mediante el autocuidado, el cual involucra la educación del paciente en los diferentes componentes como el ejercicio, alimentación, medicación y automonitoreo, promoviendo un modo de vida saludable, ayudando a evitar la aparición de complicaciones de salud a futuro.

Cuyo propósito los resultados de este estudio sirvió como aportación científica para la institución y se innovó a la motivación para otras investigaciones. Así mismo aspiró que los resultados adquieran una implicancia práctica que permita al personal de enfermería tener elementos de juicio para un mayor conocimiento del problema y así poder plantear y /o formular estrategias como implementación en programas educativos orientados a cómo optimizar el modo de vida del sujeto con DM.

Este estudio también sirvió como base para que los profesionales de la salud implementen programas educativos de autocuidado para pacientes diabéticos ya sea

en un centro de salud o en una comunidad donde existe una alta morbilidad y mortalidad causada por esta enfermedad.

Esta enfermedad no tiene cura, pero también estoy convincente de que si los adultos mayores son diagnosticados a tiempo y están expuestos a la información obtendrán los conocimientos necesarios, adoptando una actitud de optimizar su calidad de vida y tener un envejecimiento satisfactorio positiva, luego transformarlos en prácticas diarias de autocuidado, permitiendo a cooperar en la reducción de riesgo y complicaciones.

1.6. Hipótesis

- Existe relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el anciano diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020.
- No existe relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el anciano diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020

1.7. OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo General: Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el anciano diabético en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020.

1.7.2 Objetivo Específico:

- Analizar o identificar el conocimiento del adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020.
- Identificar las prácticas de Autocuidado que realiza el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo. 2020.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y diseños de investigación

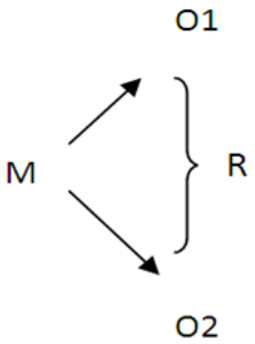
2.1.1. Tipo de investigación: la tesis es un enfoque cuantitativo. Según Hernández, lo define este estudio que se realiza sin manejar conscientemente las variables. Así mismo son estudios en la que no modificamos intencionalmente las variables independientes para conocer el resultado de otras variables. [56] Toda indagación cuantitativa utiliza la recopilación de información para comprobar hipótesis, basadas en cálculo numérico y estudio estadístico, para instaurar modelos de conducta e hipótesis de prueba. Según Guerrero el enfoque cuantitativo radica en contrastar las suposiciones existentes basado en una sucesión de suposiciones derivadas de él, y son necesarias para adquirir un muestreo, de manera aleatoria o discriminatoria, representativo de una población o fenómeno determinado tema de investigación. [57] En ese sentido se medieron las variables de conocimientos y la práctica de autocuidado. Además se explicó las relaciones que existen en los conocimientos y práctica de autocuidados del anciano diabético, en el Centro Salud José Leonardo Ortiz.

2.1.2. Diseños de investigación: es un tipo de estudio no experimental por que consiste en observar fenómenos que ocurren en su entorno, y ser investigados. [56] Así mismo lo no experimental consiste en una estudio en el que las variables no fueron manejadas intencionadamente, las variables independientes no se variaran intencionalmente para ver su efecto y no trataron de crear una situación, sino que las contextos existentes, no fueron provocadas adrede en el estudio de quien la ejecuta, donde ocurren la variable independiente y no pueden ser manipuladas, no hubo vigilancia continuo de estas variables y no pudieron ser influenciadas, porque ya sucedieron, así como sus efectos.

Este estudio es de diseño trasversal – correlacional. El Transversal por que recogen información de un solo instante. La finalidad es especificar variables e indagar su ocurrencia e interrelaciones en un período dado. Es correlacionar porque su

propósito es conocer la relación o nivel de agrupación existente entre 2 o más concepciones, categorías en el contexto individual. [58]

Según Hernández el bosquejo transversal – correlacional posee un consecutivo diseño:



Dónde:

M= Adultos mayores diabéticos atendidos en el Centro Salud José Leonardo Ortiz..

O1= Conocimiento

O2 = Prácticas de autocuidado

R = Relaciones de las variables O1 - O2.

2.2. Población y muestras

La población estuvo conformada por 80 ancianos diabéticos, que asistieron al programa adultos mayores del C. S. José Leonardo Ortiz – Chiclayo.2020.

La muestra estuvo conformada por 67 ancianos diabéticos de 60 años a más, que acuden a programa y control en el C. S. José Leonardo Ortiz.

El tamaño de la muestra se obtiene de acuerdo con la siguiente fórmula, donde:

N = Población = 80

e = Error de estimación = 0.05

Z = Niveles de confianzas = 1.96

p = Probabilidad de ayuda= 0.50

q = Probabilidad en contra = 0.50

n = Tamaño de la muestra = 67

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 80 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (80 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = \frac{76.83}{0.19 + 0.96}$$

$$n = \frac{76.83}{1.15} = 66.8 = 67$$

La muestra se escogió mediante muestreo aleatorio.

Criterio de inclusión: son pacientes mayores diabéticos que acuden al Centro Salud José Leonardo Ortiz, de ambos sexos y que accedan colaborar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión: son usuarios analfabetos, no saben leer o escribir, personas que se niega a colaborar en dicho estudio, personas diabéticas con alteraciones cognitivas y usuarios con otras patologías.

2.3. Variable, operacionalización

2.3.1. variables

- **Variable independiente: Conocimiento**

  Piaget, en la hipótesis diseña que el conocimiento es el efecto de la interrelación entre el entorno e individuo que lo rodea; conocer representa saber de algo, proponiendo que el saber y la razón son acontecimientos adaptativos del individuo al medio, por lo cual expresa como una variedad contínua de estructuras de conocimiento que se organizan partiendo de los reflejos de succión y prensión, esenciales del ser humano. [43]

  Pues el grado de conocimientos que poseen los usuarios con esta patología viene a ser las nociones, experiencias que van obteniendo información de su

enfermedad como también de las experiencias propias de acuerdo al progreso de su padecimiento. Si la persona muestra un grado de conocimiento elevado en la experiencia del autocuidado en la prevención y complicaciones, impediría la manifestación de complicaciones crónicas, obteniendo un progreso en la calidad de vida y bajo costo, para sí mismo y para la atención médica.

- **Variable dependiente: Prácticas de autocuidado**

  Es la aplicación de guias y instrucciones principales en la tarea del sujeto. Según Kasl conceptualiza las habilidades de cuidado de salud: "acciones que realiza un sujeto que se cree sano o quiere volver a estar sanp, cuya finalidad es prevenir o disminuir la patología o descubrir a tiempo cuando es asintomática". [46]

  Este concepto implementa la atención preventiva y la promueve a través de buenas prácticas de autocuidado, el usuario diabético alcanzará una mejor óptimo de bienestar y de este modo prevenir diferentes complicaciones a futuro.

2.3.2. Operacionalizaciónes de variable

Variables Independientes	**Dimensiones**	**indicador**	**Ítem**	**Técnica de instrumento: recolección de datos**
conocimiento	Conocimiento básico	Definición sobre diabetes. Etiología Tratamiento.	1,2,3 4,5,6 7,8,9,10	Encuesta/ Cuestionario

	Conocimiento sobre glicemia	Valores y controles de glucosa. Síntomas de alteración glicémica Diagnóstico	11,12,13 14,15 16,17	Alva y Baca (2015)
	Conocimiento preventivo	Complicaciones Prevención	18,19,20 21,22,23,24	

Variable Dependiente	**Dimensiones**	**indicador**	**Ítem**	**Técnica en instrumento: recolección de datos**
Prácticas de autocuidado	Control médico	Periocidad Control y cumplimiento de las indicaciones médicas	1 2,3,4,5,6	Test/cuestionario Alayo y Horna. (2013)
	Cuidado dietético	Periocidad Tipo de dieta	7,8,9, 10, 11,12,13	
	Ejercicio físico	Horario y tiempo de ejercicio	14, 15 16,17	

		Tipo de ejercicios		
	Cuidados de la vista	Periocidad Medidas de control	18 19, 20	

2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos, validez, y confiabilidad

Se empleó una pesquisa en el cual permitió recolectar la información adquiridos del cuestionario de conocimiento de diabetes. Según Palacios, el instrumento es una herramienta de indagación descriptiva que determinan a identificar las interrogaciones a efectuar, los sujetos seleccionados de la población representan a través de una muestra, detalla las réplicas y definir la técnica utilizada para almacenar los datos obtenidos. [59] El instrumento para la primera variable del Test de conocimiento en el adulto mayor diabético; herramienta fue validado por Cordero K y Chang N, adaptado por Cotrina L. en la Universidad de Santa de Chimbote. Los datos relacionados con el nivel de conocimientos constan de 24 ítems. La evaluación del instrumento se efectuaó de la consecutiva manera SI: 1 pto, NO: 0 ptos.

Dependiendo del número de puntos conseguidos, se calificarón de la siguiente manera:

- Alto nivel de conocimiento: Cuando la puntación de las unidades analíticas sea de 17 a 24 puntos.
-Moderado nivel de conocimiento: Cuando la puntuación de las unidades analíticas se sitúa de 9 a 16 puntos.
- Bajo nivel de Conocimiento: Cuando las puntuaciones de las unidades analíticas van de 0 a 8 puntos.

Para evaluar la práctica de autocuidado del adulto diabético, se empleará un test diseñado según Fernández, el instrumento consta de 20 ítems, diviendose en cuatro

partes. La repuesta se calificó según los siguientes niveles: SIEMPRE: 2 puntos, A VECES: 1 punto y NUNCA: 0 punto.

Este estudio contó con 3 respuestas de tipo Likert, estableciendo la validez y confiabilidad del test indicado, una muestra piloto del cual se utilizó en 20 personas de tercera edad diabéticos que asisten al C. S. José Leonardo Ortiz. Proporcionando un resultado valido ($p < 0.01$) y confiable ($\alpha > 0.80$).

La prueba que se utilizó para determinar los resultados de los magistrados expertos fue la binomial. Considerándose como significativa la coherencia entre los especialistas adquiriendo para prácticas de autocuidado: 0,04642. Por consiguiente, se demostró la confiabilidad através del Alfa de Crombach para el Test de Prácticas de Autocuidado, adquiriéndo un 0,85 lo que representa la confiabilidad.

2.5. Procesamiento de análisis de datos

Las encuestas recogidas de las herramientas fueron procesadas estadísticamente empleando el programa estadístico SPSS versión 23 y Excel para la elaboración en cuadros y gráficos de los resultados, las medidas empleadas existirán tablas de frecuencia.

El principal instrumento utilizado para la recopilación de datos es el consentimiento informado, que atestigua que los usuarios elijan libremente a participar en la investigación. Luego se empleó la encuesta.

2.6. Criterios éticos

Se considerarón los siguientes criterios éticos de Belmont, según Hernández. [59]

El Principio de Autonomía: los usuarios tienen la autonomía de decidir participan o no en este estudio, se respetó su determinación de retirarse en cualquier momento que deseen, y decidirán libremente y voluntariamente su colaboración previa firma del consentimiento informado.

Principio de Respeto a la Dignidad: se entiende el derecho de la persona la autodeterminación, significando que se respetó la decisión de los de los adultos mayores diabéticos a participar o no dentro de esta investigación.

Principio de Beneficencia: en este principio no es solo respetar sus decisiones, protegiéndolo de un daño, sino además hacer esfuerzos para certificar su bienestar,

en otras palabras son sucesos de humanidad que va más allá del riguroso deber. Previamente al ejecutar la pesquisa, se les indicó al usuario en indagación sobre el beneficio que se les brindó con los resultados del estudio.

Principio de No-maleficencia: este principio se aplicaró el trato a todos los usuarios con el mismo estima y respeto en jerarquia crucial. Pues la aplicación del dicho instrumento no causará daños y perjuicios a los usuarios participantes.

Principio de Justicia: en este principio se consideró la privacidad y el trato justo de las personas mayores diabéticos por igualdad.

Se aplicaron estos principios respetando a los participantes, donde fueron tratados como agentes autónomos, respetando sus opiniones, y no hacer daño, se le explicó la importancia de la investigación, se informó al usuario estudiado sobre los beneficios de los resultados de la investigación, cuyos participantes fueron tratados de la misma manera con igualdad.

2.7. Criterio de Rigor Científico

La investigación se fundamenta en el rigor científico, según Polit se basa en juicios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad del estudio. [60]

Principio Confidencialidad: el estudio fue confidencial, por lo cual los datos obtenidos serán usados únicamente para fines de estudio, y se mantendrá el anonimato de los sujetos participantes.

Principio de Credibilidad: se aplicó este principio en aprobar resultados que sean transparentes a través de la certificación de respuestas que se adquirirán a través del cuestionario, que se le proporcionará a los usuarios adultos mayores.

Principio de Transferibilidad: Se relata la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros escenarios. Los resultados ayudan a un mayor conocimiento del significado del fenómeno y al establecimiento de pautas para futuras indagaciones sobre este. Para esto es preciso la descripción con toda amplitud y exactitud de los colaboradores de la presente investigación. La transferencia nunca será total, solo parcial.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en tablas y figuras

TABLA N°1: Correlación entre el conocimiento y prácticas de autocuidados en el adulto mayor diabético en el Centro Salud José Leonardo Ortiz.2020.

	Conocimiento	**Prácticas de Autocuidado**
Correlación de **Spearman**	1,000	,168
Sig. (bilateral)	.	,174
N	67	67

Fuente: *elaboración propia*

En la Tabla 1: en la presente tabla se aprecia que existe una relación positiva y significativa entre el conocimientos y práctica de autocuidado en el usuario mayor diabético en el Centro Salud José Leonardo Ortiz. 2020. Con un nivel de 0.1, a medida que aumenta el nivel de conocimiento, también aumenta el nivel de prácticas, son proporcionales entre sí. Estos resultados muestran que, si existe relación entre ambas dimensiones, porque la mayoría de los ancianos diabéticos poseen conocimientos de su enfermedad y práctica de autocuidado, esto puede deberse a que de ellos continuaron participando en el programa del adulto mayor, y los diversos aportes que realizan los centros de salud, quienes implementan proyectos educativos.

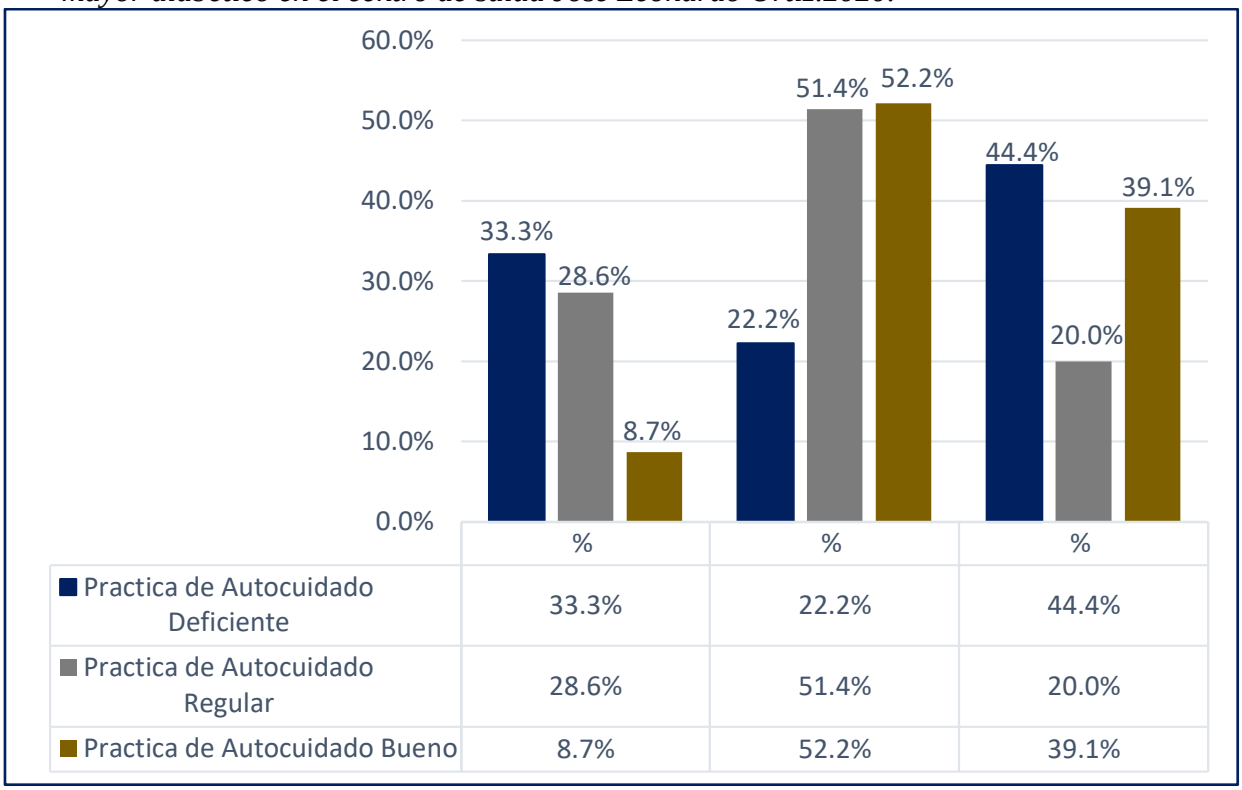
Lo que permite que pacientes diabéticos estén más expuestos a la información y están interesados en la prevención de complicaciones y su autocuidado, esta información que obtiene un usuario diabético genera una actitud positiva en los individuos, mejorado su comportamiento frente a la enfermedad y modificar sus hábitos positivamente sobre su calidad de vida.

TABLA N°2: Relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético en el centro de salud José Leonardo Ortiz.2020.

			Prácticas de Autocuidado			Total
			Deficiente	Regular	Bueno	
Conocimiento	Bajo	Recuento	3	10	2	15
		%	33.3%	28.6%	8.7%	22.4%
	Moderado	Recuento	2	18	12	32
		%	22.2%	51.4%	52.2%	47.8%
	Alto	Recuento	4	7	9	20
		%	44.4%	20.0%	39.1%	29.9%
Total		Recuento	9	35	23	67
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: *Información obtenida de la encuesta para valorar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor.*

Figura N°1: Relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético en el centro de salud José Leonardo Ortiz.2020.

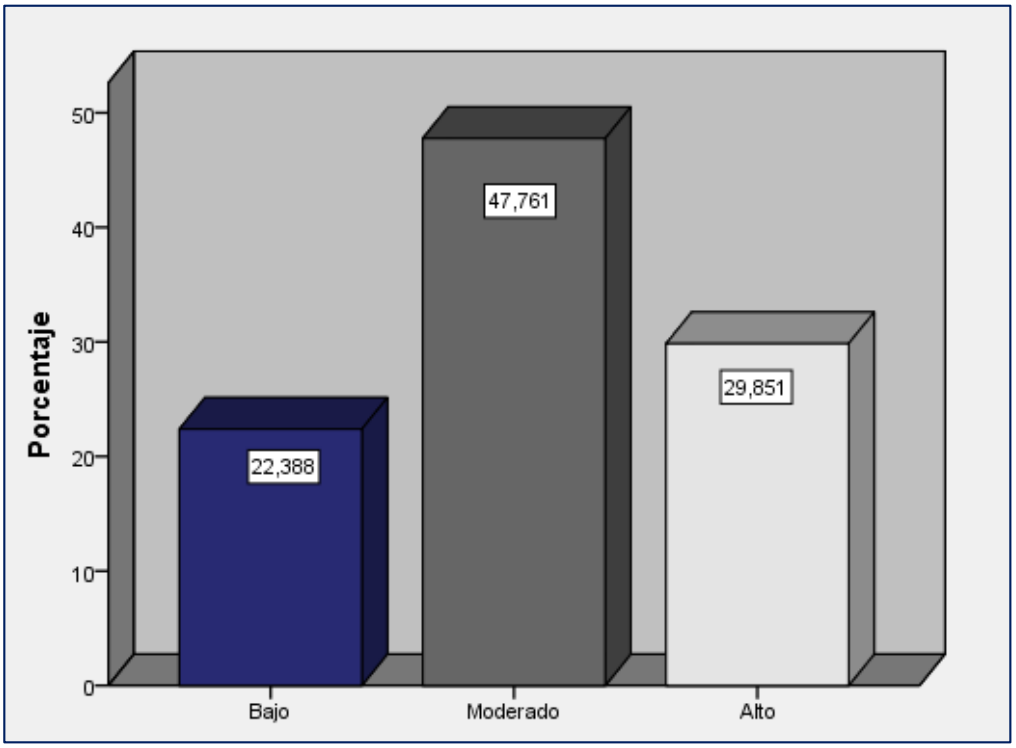


En la tabla N°2: se observa: el 52.2% en adultos mayores presentan un conocimiento moderado sobre Diabetes Mellitus y las prácticas de autocuidado es bueno; así mismo el 8.7% tiene un conocimiento bajo y prácticas de autocuidado es deficiente.

TABLA N°3: Nivel de conocimiento en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz.2020.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	15	22,4	22,4	22,4
Moderado	32	47,8	47,8	70,1
Alto	20	29,9	29,9	100,0
Total	67	100,0	100,0	

Figura N°2: Conocimiento en el adulto mayor diabético en el Centro Salud José Leonardo Ortiz. 2020.

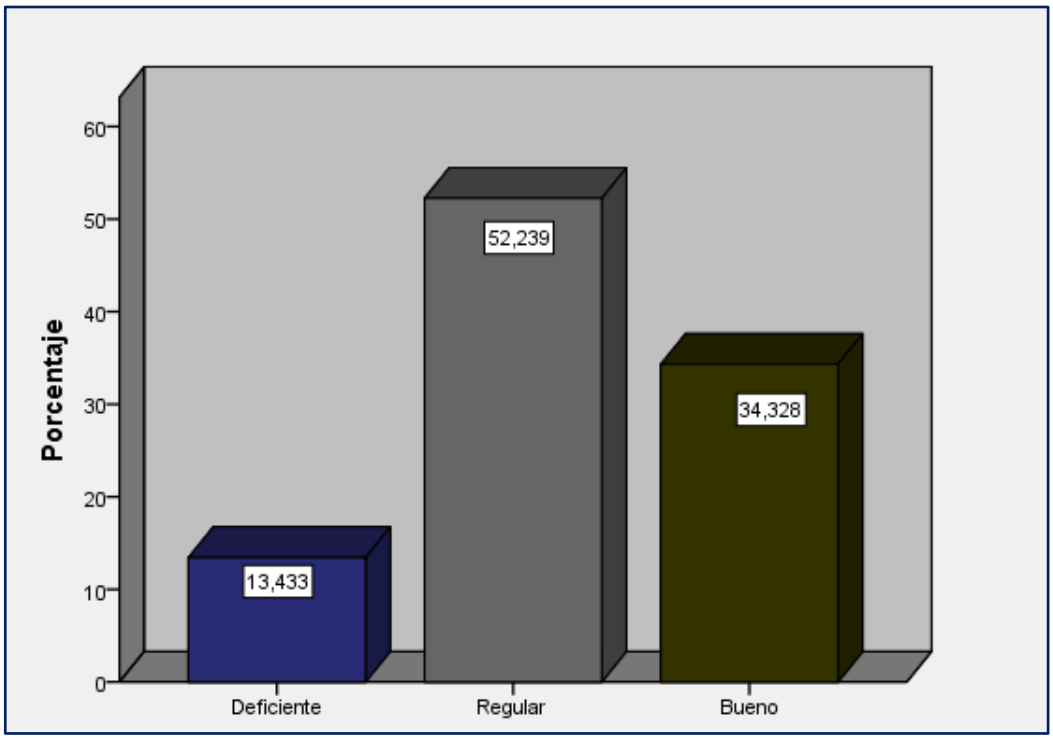


En la tabla N°3: se observa: el 47,8% de adultos mayores diabéticos, tienen conocimiento moderado acerca de la enfermedad, el 29,9% presentan un alto conocimiento y 22% tiene un bajo conocimiento.

TABLA N°4: Nivel de prácticas de Autocuidado en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz.2020.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	9	13,4	13,4	13,4
Regular	35	52,2	52,2	65,7
Bueno	23	34,3	34,3	100,0
Total	67	100,0	100,0	

Figura N° 3: Prácticas de Autocuidado en el adulto mayor diabético en el centro de salud José Leonardo Ortiz.2020.



En la Tabla N° 4: el 52.23% de los adultos mayores diabéticos presenta prácticas de autocuidado regular, bueno el 34,32%, y un 13,43% es deficiente.

3.2. Discusión de resultados

En el estudio de pesquisa: “Conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz. 2020.”, participaron 67 adultos mayores diabéticos que se atienden en dicha institución mencionada, verbalizando sus hábitos, sus costumbres y comportamiento.

Las actividades que estos sujetos realizan a diario, viven de manera diferente según los hábitos y costumbres personales. Esta indagación es esencial para que el profesional de enfermería planifique los cuidados de enfermería necesarios. Pues esta enfermedad de diabetes mellitus es conocida como una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, constituyendo un problema de salud pública.

Consecutivamente, se midió la correlación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, coexistiendo una correlación positiva entre las dos variables y un vínculo estadístico muy significativo, cuyos resultados similares a los encontrados por el autor Alayo [(61)] que mediante la prueba estadística de chi-cuadrado, concluyendo que existe una correlación muy significativa entre las mismas variables de estudio.

Asimismo, Layme encontró una relación similar, diferente a Magaveya [(62)], refiriéndose a que los sujetos poseen poco conocimiento e inapropiadas conductas alimentarias, predisponiéndolos a complicaciones; por consiguiente, Corbacho concluye que existe una relación entre el grado de conocimiento de los sujetos con diabetes y prácticas de estilo de vida, de manera que cuanto mayor es el grado de conocimiento, mejor es el estilo de vida y la farmacoterapia. [(63)]

Los sujetos con padecimientos crónicos como la DM es una de las bases de prioridad en la formación sanitaria en la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, propiciando un conocimiento adecuado de su padecimiento, facilitando las herramientas esenciales para su propio autocuidado, permitiéndoles recibir habilidades de autocuidado adecuadas, manteniendo la vida y la salud, impidiendo futuras complicaciones.

Por consiguiente, se alcanzó el siguiente resultado con el primero objetivo específico: analizar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz. 2020. Donde 52.2% se identificó en la población de estudio un grado de conocimiento moderado y prácticas de autocuidado es bueno, además el 8.7% tiene un conocimiento bajo y prácticas de autocuidado es deficiente.

Castro en su estudio: "Conocimientos, prácticas y actitudes de pacientes con DM2". Encontró que el 50% de los usuarios tiene poco conocimiento acerca de la DM tipo 2, el 9% los usuarios se enfocaron en las respuestas relacionadas con el concepto de la enfermedad; el 11% corresponden a las complicaciones; el 17% encaminadas al tratamiento y el 63% relacionadas con el cuidado; por tanto, el aspecto en el que menor conocimiento poseen es en el Concepto de la enfermedad. [22]

Solano encontró que un 87,5% demostró adecuadas prácticas de autocuidado, lo que se vincula, como esta encuesta, el 95% de los usuarios con conocimiento moderado y 80% con buen conocimiento de la enfermedad. En nuestro país en la ciudad de Lima, otro estudio encontró que 68.3% que las prácticas de autocuidado eran inadecuadas, no precisamente existiría una semejanza favorable. [64]

.

Según Huertas define un conocimiento no adecuado como un nivel de conocimiento "bajo o insuficiente" con percepción y asignación cognitiva débil, expresión de conceptos, conocimientos indefinidos, la opinión está desordenada y es el fundamento lógico, testificando que la mayoría de los diabéticos se han desorganizado y poseen nociones incorrectas de conocimiento de su padecimiento.[65] La práctica de autocuidado es la aplicación de reglas y conocimientos que conducen a las acciones del sujeto. Se testifica que "el cuidado da lugar a prácticas y hábitos que se forman al diseccionar las formas en que los usuarios entienden y utilizan el entorno que les rodea y cuando las prácticas se vinculan entre si aprehenden y utilizan el entorno de vida que les rodea y cuando las prácticas se vinculan crean sus propios ritos y creencias.

De acuerdo con lo anterior, el conocimiento insuficiente de los aspectos de comprensión de la patología, así como las complicaciones y aspectos promocionales es hecho alarmante, ya que es importante y fundamental para la salud, debido a una intuición incorrecta, induce a entorpecimientos graves o mortales, ignorando los aspectos controlables, deduciendo que, si no hay enseñanza, educación de los actores de la salud, la población estaría en peligro en padecer patologías crónicas.

En relación al segundo objetivo específico: Identificar el conocimiento del adulto mayor diabético del Centro Salud José Leonardo Ortiz 2020. 47,8% usuarios diabéticos, tienen conocimiento moderado acerca de la enfermedad, el 29,9% presentan un conocimiento alto y el 22% tiene un conocimiento bajo. El conocimiento es propio, influye y vive en los usuarios como consecuencia de su vivencia propia, y se reúne en su acopio personal, convencido de su sentido e implicaciones. Entendimiento es producto del saber, tiene las cualidades del objeto y tenerlas a modo de imagen en la mente, por medio de práctica o el aprendizaje, o por medio de la introspección.

Xiap en su análisis: quien hizo una exposición sobre el grado de entendimiento del usuario diabético de su patología, concluye que los encuestados poseen entendimiento inadecuado sobre la patología, de los cuales el grupo femenil presenta mayor porcentaje con bajo entendimiento, resultado contrario, puesto que, en este análisis, la mayor parte tiene conocimiento moderado (47.5%). Dichos resultados deben hacernos reflexionar sobre el motivo por la que los pacientes desconocen el malestar que sufren, y es considerado un peligro de complicaciones por la enfermedad. [(66)]

Por consiguiente, el bajo grado de entendimiento conducirá a un crecimiento de los componentes de riesgo a medio y extenso plazo, incrementando el acontecimiento de la patología, debido a que los usuarios no se sienten bastantes seguros de qué medidas preventivas se deben considerar, y al conocer estas medidas evitaría contraer la enfermedad o prolongarla. La diabetes, patología crónica, incurable y en curso que tiende a progresar con el desarrollo de síntomas.

Por consiguiente, si las personas mayores frecuentan y tiene buenos hábitos y estilo de vida saludable, tendrán mejor calidad y esperanza de vida, así como una mayor expectativa de enfermedad a medio y largo plazo. Puesto que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que juega un papel importante no solo pues son las primeras razones de morbilidad y mortalidad sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento y así lograr y prevenir alteraciones metabólicas. Además de tomar medicación, se requieren más medidas de control, en especial el ajuste de la Dieta, control de peso, una actividad física idónea y vigilancia.

En relación al tercer objetivo específico: Identificar las prácticas de autocuidado del adulto mayor diabético del Centro Salud José Leonardo Ortiz. 2020. Un 52.23% de los adultos mayores diabéticos presenta prácticas de autocuidado regular, el 34,32% es bueno, y un 13,43% es deficiente. Flores: nos plantea, las prácticas de autocuidado en esta localidad se encontraron deficientes a pesar de sufrir una enfermedad, concluyendo: el consumo de medicamentos y el cuidado de los pies son de mayor importancia. Los adolescentes y los usuarios de tercera edad informaron que realizaban más acciones de cuidado personal. [67]

El autocuidado son las prácticas cotidianas que ejecuta una persona, familia o conjunto para proteger su salud; estas prácticas son habilidades aprendidas durante la vida, en uso constante, que se aplican por independiente elección, con el objeto de fortalecer o restablecer la salud y prevenir dolencias.

Orem define el autocuidado: “acciones que permiten al sujeto mantener su salud, bienestar y contestar a sus necesidades para conservar la vida. El autocuidado es una actividad aprendida por las personas, dirigida a un objetivo. Además, define qué es un comportamiento existente en situaciones de aspectos concretos de la vida, dirigidos por personas sobre sí mismos, hacia los otros o relacionados con el medio, para regular los factores que están afectando su propio desarrollo y desempeño en beneficio de su vida, salud o confort. Por consiguiente, es fundamental que los pacientes realicen las medidas de autocuidado para que no comprometan la salud y

sea vulnerable padecer a complicaciones que pueden desestabilizar la estabilidad psicosocial y emocional en los miembros del núcleo familiar. [68]

Se puede tener en cuenta el modelo de Orem, consiste en hacer actividades que mantengan la salud y la vida, estos no están arraigados personalmente, sino que se aprenden, lo que permite a las personas con diabetes toma decisiones informadas sobre los componentes y/o factores que inciden en su desarrollo y desempeño. [68]

El autocuidado de la enfermería es una actitud específica para la práctica clínica, que enfatiza primordialmente la capacidad de los usuarios, para lograr y conservar su salud. Autocuidado incluso cuando es íntimo vinculado al entendimiento aprendido, es un comportamiento que surge repentinamente en situaciones específicas de la vida y que la persona está apuntando en el propio o ámbito, para ajustar los componentes que alteran en su desarrollo y acciones beneficiosas para la salud y Confort.

Este trabajo de indagación es muy importante en la utilización del sistema de apoyo educativo para enfermería permitiendo que el individuo con diabetes aprenda y desarrolle habilidades de autocuidado que conduzcan a cambios de promoción intensamente positivos y duraderos, preservando su propia salud.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Se midió la correlación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, existiendo una relación estadístico muy significativo, resultando una relación positiva entre las dos variables, ambas son directamente proporcionales, y al acrecentar el grado de entendimiento, asimismo aumenta el grado de prácticas de autocuidado y al verse disminuido de la misma manera lo hace la variable adjunta.

El conocimiento que poseen los adultos mayores diabéticos es el 47,8%, presentando un conocimiento moderado con respecto a su enfermedad, el 29,9% presentan un conocimiento alto y el 22% tiene un conocimiento bajo, en el cual se debe priorizar las sesiones educativas por parte de los profesionales de salud, principalmente enfermería concientizándolos a los usuarios diabéticos y evitando futuras complicaciones.

En las prácticas de autocuidado: el 52.23% de los sujetos diabéticos muestra regular en las prácticas de autocuidado, el 34,32% bueno, y 13,43% deficiente. Este resultado se debe a la formación constante del adulto mayor por parte de los profesionales de salud de diferentes especialidades, que integran en la estrategia adulto mayor en dicha institución.

.

4.2. Recomendaciones

Dar a conocer los resultados del estudio de pesquisa a GERESA, con el objeto de implementar en la estrategia del adulto mayor programas de Educación en el usuario diabético, contribuyendo en la promoción de la salud y prevención, adquiriendo que los usuarios alcancen nuevos patrones de comportamientos que permitan sobrellevar de mejor forma los cambios propios de sí mismo.

Dar a conocer los resultados de esta investigación a los profesionales de Salud del Centro de Salud José Leonardo Ortiz y al personal de enfermería de la estrategia de

Adulto Mayor, para llevar a cabo estrategias de mejora y promoción de las prácticas de autocuidado en usuarios diabéticos.

Realizar capacitaciones continuas al personal de enfermería en temas relacionados a la diabetes para ejecutar programas de educación continua para usuarios con bajo nivel de conocimiento y están descuidando las buenas prácticas de autocuidado y también para los usuarios que han obtenido un alto y moderado nivel de conocimiento adoptando un estilo de vida saludable, previniendo complicaciones a futuras.

Realizar programas de educación para pacientes que reciben información sobre la enfermedad y así mismo comprobar que están aplicando lo aprendido en su atención médica y demostrar que están reduciendo el riesgo de complicaciones, mejorando su calidad de vida.

Se sugiere a la Estrategia del Adulto Mayor una evaluación semestralmente a los usuarios diabéticos que acuden al consultorio, midiendo el grado de conocimiento y prácticas de autocuidado, evitando posibles complicaciones a futuras, y así mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación actual: Obesidad y diabetes. 2017. [citado 08 Feb 2020]. Disponible en: Recuperado de: www.sanofi.com.pa/l/pa/sp/download.jsp?file= A703AD11-4627- 4C96-98FF
2. Conesa. JR, Conesa G.I. Diabetes mellitus. Fundamentos de la terapia dietética para su control metabólico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 08 Feb 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/diabetes_mellitus/indice_p.htm
3. Alayo, A. y Horna, H. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Trujillo. 2013.
4. Ledon L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencia, significados y respuestas a la enfermedad. Scielo [Internet], abr 2012. [Citado 20 Feb 2020] ,23(1):2-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
5. Cobey, S. Los 7 hábitos de una persona altamente efectiva con diabetes. American Association of Diabetes Educator (AADE7) 2007.
6. Instituto Nacional de Salud, MINSA. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). 2006.
7. Rodríguez H. Epidemiología de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud. En: Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de Salud Pública 2. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005. p. 496-539
8. Figueredo de Armas D.; Depestre A.; Álvarez D. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000;1 (1):80-4
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación actual: diabetes. 2021. [citado 18 Dic 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. (CEPAL, 2015) [citado 08 Feb 2020] Disponible en: http://archivo.cepal.org/pdfx/2015/S2015938.pdf

11. Hernández, A. Análisis de Atlas de la IDF. 7ma edic. Infomed. 2015. [citado 08 Feb 2020] Disponible en: http://temas.sld.cu/diabetes/2015/12/08/analisis-atlas-de-la-idf/
12. Vargas, H. Casas, L. Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia. Elsevier. Colombia. 2016. 28(5):245-256.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación actual: Obesidad y diabetes. 2017. [citado 18 Feb 2020] Disponible en: www.sanofi.com.pa/l/pa/sp/download.jsp?file= A703AD11-4627- 4C96-98FF
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de salud de la población adulta mayor. 2018. [citado 08 Feb 2020] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnicon02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
15. Ministerio de Salud (MINSA). Informe epidemiológico de diabetes mellitus. Perú. 2017. [citado 10 Feb 2020] Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/ 2016/ 15.pdf
16. Gerencia regional de salud (GERESA). Diabetes en la región liberteña. Trujillo. 2017. [citado 10 Feb 2020] Recuperado de http://www.Aldus.indus.pe/trujillo /Lalibertad/
17. Agencia andina. Diabetes: estas son las regiones que registran mayor número de casos nuevos. Publicado: 15/11/2019. [citado 10 Feb 2020]. Disponible en: https://andina.pe/agencia/noticia-diabetes-estas-son-las-regiones-registran-mayor-numero-casos-nuevos-774146.aspx
18. Harrison, R. (2014). Principios de la Medicina Interna. Demografía mundial del envejecimiento. (19ava edición). [EPub], México. [citado 18 Dic 2021] Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1717
19. López, G. Conocimientos actitudes y practicas en relacion al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Centro Integral de Salud Nueva Suyapa, Tegucigalpa, 2019. [citado 12 Diciembre 2021]. Disponible en: https://repositorio.unan.edu.ni/12512/1/t1103.pdf
20. Lázaga G. Nivel de conocimientos sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Consultorio M 16. Diciembre 2018 – Febrero 2019. Policlínico Leonilda Tamayo Matos. Cuba. 2018. [citado 18 Dic. 2021]. Disponible en: http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/221/426
21. Pousa R. Nivel de conocimiento y autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF Nº8 de Aguas calientes. México. 2017. Disponible en:

https://pdfs.semanticscholar.org/fc91/4f50388a7cd56d1ba7330e32ff77534d6cf7.pdf

22. Castro D. Conocimientos, Prácticas Y Actitudes en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. 2017. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-3-4-2017-6.pdf
23. Gómez, P. Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes mayores de 40 años con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al puesto de salud fortalecido de San Sebastián Coatán, Huehuetenango, Guatemala. 2017. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/publijrcifuente/TESIS/2018/09/02/Gomez-Deidy.pdf
24. Montalvan, R. y Pineda R. conocimiento, prácticas y actitudes de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus. Trujillo. 2018. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en: .http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13737/1830.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Isuiza, M. "Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes, puesto de salud 1-2 progreso, san juan bautista 2018". Iquitos. 2018. [citado 18 Dic. 2021]. Disponible en: http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/48/Tesis%20Nivel%20de%20conocimiento%20de%20autocuidado.pdf
26. Silvano, E. y Lazo V. Efectividad del programa "Vida dulce y sana" en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima, 2017. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/980/Cryss_Tesis_bachiller_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
27. Barzola, S. efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de diabetes mellitus II y prácticas de autocuidado. Lima. 2017. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3832/Efectividad_BarzolaSaldana_Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Pasache, P. Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el hospital III Iquitos – essalud. Iquitos. 2016. [citado 12 Feb 2020]. Disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_2358f3c5ead63010f78061fa37c7dead

29. Sánchez, L. conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del centro de salud Manuel Sánchez Villegas Sector-I, LA VICTORIA 2018. [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5416/S%c3%a1nchez%20Larrea%20Laura%20Katerine.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Chanamé, LL. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus en hospital las mercedes – Chiclayo. 2018. [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5258/Chanam%c3%a9%20Lluen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Chunga, A. Conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes de dos hospitales de Lambayeque. 2018. [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/pc/Downloads/51-Otro-153-1-10-20181017%20(1).pdf
32. Quispe, H. conocimiento y actitud preventiva sobre diabetes mellitus tipo 2 en usuarios adultos atendidos en el hospital referencial de Ferreñafe – 2018. [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5369/Quispe%20Holguin%20Angie%20Kristel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Meiriño, J. Modelo promoción de la Salud. 2002 [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html
34. Díaz N. Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. 2011. [citado 16 Feb 2020]. Disponible en: http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-139.pdf
35. Sanguineti J. El Conocimiento Humano. España: Ediciones Palabra; 2015.
36. Grimaltos T BJ. Teoría del Conocimiento. Segunda. España: Maite Simón; 2014.
37. Locke J. El conocimiento, niveles y tipo de conocimiento. II Edición. 2016.
38. Rosario M RC. Nivel de Conocimientos y Tipo de Participación que Tienen las Madres Durante la Atención del Niño Hospitalizado en el Servicio de Clínica Pediátrica del HNERM. [LIMA]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
39. Foss G KE. Forms of Knowledge and Sensibility: Ernst Cassirer and the Human Sciences. cuarta. Estados Unidos; 2014.

40. Marriner T, Raile A .Modelos y teorías en enfermería .4ta. Mosby. España. 1999. Unidad tres Capitulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178.
41. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona. España: Masson-Salvat; 1993.
42. Martínez, A. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma. 2014. [citado 26 Feb 2020] Recuperado de: Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa id=10102508>
43. Castro, A. Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2020. [citado 26 Feb 2020] Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/ cybertesis/4165/1/Castro_ah.pf
44. Bunge, M. La Ciencia: Su Método y Filosofía. 2009. [citado 02 Marzo 2020] Recuperado de: http://dl.dropbox.com/u/28007165/B/Mario_Bunge%20-%20La%20ciencia% 20su% 20m%C3%A9todo%20y%20su%20filosof%C3%ADa.pdf
45. Navarro, M., López, A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescente de la urbanización Las Palmeras Distrito de Morales. Periodo junio –setiembre. 2012.
46. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2001, pp. 91-101.
47. Masharani U, German MS. Pancreatic hormones and diabetes mellitus. En DG Gardner, D Shoback (eds.). Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology, 9th ed., 2011. pp. 573–655. McGrawHill. New York
48. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
49. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla.[base de internet] 2006; [consultado el 10 de Febrero 2020] Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&dq=teoria +de+Orem&hl=es&sa=X&ei=yCFXUuSOIIWi4APXp4DoDQ&ved=0CD0Q6A EwAw#v=onepage&q=teoria%20de%20Orem&f=false

50. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Dirección General de Salud de las Personas. [Online].; 2005 [consultado 10 Febrero 2020]. Available from:http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultomayor/archivos/lneamiento%20normas%20tecnicas%20primera%20parte.
51. Costa C. El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo. 2011. [Internet]. 2014 Jun [consultado 11 Feb. 2020] Disponible en: http://www2.uned.es/mastermayores/TESIS/TESIS_CILIA_25_Enero_2011%5B1%5D.pdf
52. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [consultado 12 febrero 2020] ; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es
53. Pontificia Universidad Católica de Chile. Proceso de envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales. 2015 [consultado 12 Marzo 2020] [http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria].
54. Segal Halperin, Boris. OMS/OPS El pie del paciente diabético. Washington 1989.
55. Claude Bennett, J. "Cecil Tratado de Medicina Interna". 20ª ed. Mac Graw Hill Interamericana. México. 1996. Pág. 1451.
56. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. Metodologia de la investigación. (6ª Ed) México: Mc Graw Hill.. 2014.
57. Guerrero G. Metodología de la Investigación. 1era ed. México: Grupo Editorial Patria; 2014. 117 p.
58. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2.. Victoria Gasteiz. 2008. [consultad 12 Marzo 2020] Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/e_06_06_Diabetes_tipo_2%20resumida.pdf.
59. Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill Education. 2018.
60. Polit, D. y Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Mexico: McGraw Hill Interamericana Editores. 2003.
61. Alayo I. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013. Tesis para

obtener el título de Licenciada en Enfermería. [consultado 15 Marzo 2020] Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/231

62. Rydén L, Grant P, Anker S, Berne C, Consentino F, Danchin N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. Rev Esp Cardiol. 2014;67(2): 136.e1-e5
63. Corbacho, K. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015.
64. Solano S. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado sobre pie diabético en pacientes con diabetes mellitus 2 del hospital Santa Isabel del Porvenir. Hospital Santa Isabel del Porvenir Trujillo. 2016. Universidad Cesar Vallejo. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. [consultado 20 Marzo 2020] Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/781
65. Huertas W. Tecnología educativa Lima. Lima: Retablo Papel; 2010.
66. Xiap E. Nivel de conocimiento del paciente Diabético sobre su enfermedad. [Guatemala]: Universidad San Carlos de Guatemala; 2014.
67. Flores P. Garza E. Hernández C. P. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. 2015. [consultado 26 Marzo 2020] disponible en: https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2684
68. Dorothea Orem. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, citado en: es.scribd.com/…/TEORIA – DEL – AUTOCUIDADO

ANEXOS

ANEXOS N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PARTICIPACIÓN

DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Yo,…….declaro por medio de esta firma acepto participar en la investigación titulada: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ 2020, tiene como objetivo: Determinar la relación entre conocimiento y prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz 2020

Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna por el estudiante.

Me explicó con claridad los objetivos del estudio, por lo cual participarán de la encuesta para su análisis respectivo. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador, quien garantice el secreto y respeto a mi privacidad .Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar la participación en cualquier momento de la investigación y dejar de participar del estudio, sin que esto genere algún perjuicio o gasto.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario.

Chiclayo……de……. 2020

Firma o huella digital del participante	Investigador responsable

ANEXOS N° 02

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

SOBRE DIABETES MELLITUS

Estimados señores y señoras, que se atienden en el centro de Salud José Leonardo Ortiz, el presente cuestionario pretendemos obtener información con el propósito de conocer el conocimiento que tienen los Adultos Mayores diabéticos sobre su enfermedad, para lo cual le solicitamos su colaboración, respondiendo todas las preguntas.

Instrucciones: marque con un aspa (x) la alternativa correcta y si tiene alguna duda al responder pregunte al investigador.

DATOS GENERALES

Edad…....… Sexo…..……. Estado civil……..……..

Grado de instrucción del paciente:(Marcar con X)

Analfabeto: ( ) Primaria: ( ) Secundaria: ( ) Superior: ( )

ESCALA VALORATIVA

CATEGORÍA	
SI	1
NO	0

CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES	**SI**	**NO**
1. Sabia Ud. Que la Diabetes es una enfermedad incurable (crónica)		
2. ¿Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos?		
3. ¿Los riñones producen insulina?		
4. ¿Al consumir mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la Diabetes?		
5. El sobrepaso es una causa para adquirir la Diabetes.		
6. ¿La causa común de la Diabetes es la falta de insulina en el cuerpo?		
7. La excesiva preocupación (estrés) puede contribuirse para que aparezca la enfermedad.		
8. ¿En la persona con diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube?		

9. ¿La Diabetes se puede curar?		
10. ¿Una dieta para una persona diabética consiste principalmente comidas dietéticas bajas en azúcar y sal?		
11. Los niveles normales de glucosa en sangre en ayunas es mayor de 150mg/dl		
12. El paciente diabético debe controlarse la glucosa en sangre semanalmente.		
13. ¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio pare controlar mi Diabetes?		
14. ¿El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre?		
15. ¿El orinar continuamente y la sed son señales de azúcar baja en la sangre?		
16. ¿La mejor manera de chequear mi Diabetes es haciendo pruebas de orina?		
17. ¿Un aumento de glucosa es causada por consumir comida inadecuadas?		
18. Una de las complicaciones de la diabetes produce daño en las vistas ocasionando ceguera.		
19. La diabetes origina daño en los riñones, produciendo insuficiencia renal.		
20. Las complicaciones más usuales son la hipoglicemia (disminución de glucosa) y la hiperglicemia (aumento de glucosa)		
21. Es importante someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y endocrinólogo, anualmente.		
22. Es importante acudir a su control semanalmente.		
23. Es importante consumir una dieta balanceada para diabético.		
24. Las medias elásticas apretadas son malos para los diabéticos.		

FICHA TECNICA

TEST DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS

OBJETIVOS: determinar el conocimiento que tiene el usuario diabético sobre su enfermedad.

AUTORES:

Chang N. y Cordero K.

ADAPTACIÓN:
Cotrina S. y Goicochea C.

ADMINISTRACION:
Individual.

DURACION
20 minutos

SUJETOS DE APLICACIÓN

Adulto mayor diabético del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, según criterios de estudio, que reúnan los criterios de inclusión.

TECNICA: Observación y cuestionario

PUNTUACION Y ESCALA DE CALIFICACION

Nivel de conocimientos sobre la enfermedad (24 ítems)

• Conocimiento básico (10 ítems)

• Conocimiento sobre glicemia (7 ítems)

• Conocimiento complicaciones y preventivo (7 ítems)

La calificación del formato se realizará de la siguiente manera: SI= 1 punto NO= O punto

De acuerdo al puntaje obtenido se calificará de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento Alto: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es de 17 a 24 puntos.
- Nivel de conocimiento Moderado: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es de 9 a 16 puntos.
- Nivel de Conocimiento Bajo: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es de 0 - 8 puntos.

ANEXOS N° 03

CUESTIONARIO DE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

Estimados señores y señoras, que se atienden en el centro de Salud José Leonardo Ortiz, el presente cuestionario pretendemos obtener información con el propósito de conocer las prácticas de autocuidado que tienen los Adultos Mayores diabéticos, para lo cual le solicitamos su colaboración, respondiendo todas las preguntas.

Instrucciones: marque con un aspa (x) la alternativa correcta y si tiene alguna duda al responder pregunte al investigador.

DATOS GENERALES:

Edad……

Grado de instrucción del paciente: (Marcar con X)

Analfabeto: ( ) Primaria: ( ) Secundaria: ( ) Superior: ( )

Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)

Esposo/a: ( ) Hijo (a) Otros (especifique):_____

En el presente cuestionario se encuentra opciones de respuesta en la que:

SIEMPRE: 2 puntos.

A VECES: 1 punto.

NUNCA: 0 punto.

Responde lo siguiente:

ITEM	FRECUENCIA		
	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
CONTROL MÉDICO			
1. Acude Ud. a su control médico y/o programa del Adulto Mayor diabético semanalmente.			
2. Cumple con el tratamiento e indicaciones médicas.			
3. Realiza un control semanal de glucosa.			

4. Recibe solo medicamentos ordenados por su médico.			
5. Asiste al Médico ante algún cambio o síntomas de su enfermedad.			
6. Realizar o cumple con los análisis de laboratorio de control.			
CUIDADO DIETÉTICO			
7. Continúa con la dieta indicada por su Médico.			
8. Los alimentos que consume es según indicación de un profesional de salud.			
9. Consume diariamente verduras y/o frutas recomendadas por el médico.			
10. Calcula sus alimentos cocidos que consume.			
11. Evita consumir carbohidratos (todo tipo de azúcares, Pastelería y bebidas endulzadas).			
12. Posee un horario establecido en cuanto a su alimentación.			
13. Se controla su peso periódicamente.			
EJERCICIO FISICO			
14. Realiza ejercicios 30 min como correr, caminar, subir escaleras, entre otros.			
15. Realiza ejercicios por lo menos después de una hora de haber consumido sus alimentos.			
16. Reposa durante el día, por lo menos 30 minutos.			
17. Evita realizar ejercicios intensos en ayunas antes de iniciar su rutina.			
CUIDADOS DE LA VISTA			
18. Acude a su control de oftalmología (ojos) por lo menos 1 vez al año.			
19. Usa lentes en caso de indicaciones médicas.			
20. Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros a más.			

FICHA TECNICA DEL TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL ADULTO MAYOR DIABÉTICO

CATEGORIZACIÓN SEGÚN LAS DIMENSIONES:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO
Control Médico	<7	7 - 11	>11
Cuidado Dietético	<8	8 - 11	>11
Ejercicio Físico	<2	2 – 4	>4
Cuidados de la vista	<2	2 – 5	>5

CATEGORIZACIÓN DEL PUNTAJE POR EL MÉTODO DE ESTANINO A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO
GENERAL	0 – 31	32 - 42	43 - 54

ANEXOS N° 04

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESOLUCION N°01096-2020/FCS-USS

Pimentel 26 de junio del 2020

VISTO:

El Dictamen de aprobación de Proyecto de Tesis N° 037 de fecha 27 de mayo, firmado por el Comité de Investigación en el cual se establece la procedencia para la ejecución de la Tesis titulada **APROBAR** el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** denominado: CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, 2020 presentado por la (el) estudiante **CORDOVA SANDOVAL ANDRES AVELINO**, de la Escuela profesional de **Enfermería** y;

CONSIDERANDO:

Que la Ley Universitaria N°30220, establece en su artículo 48° que la investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones públicas o privadas.

Que, de conformidad con el Reglamento de Grados y Títulos V7 USS en su artículo 21° a la letra dice: *"Los temas de trabajo de investigación, trabajo académico y tesis son aprobados por el Comité de Investigación y derivados a la facultad o Escuela de Posgrado, según corresponda, para la emisión de la resolución respectiva…"*

Que, el Artículo 36° del reglamento de investigación V7 USS, establece que: *"El comité de investigación de la escuela profesional aprueba el tema del proyecto de investigación y del trabajo de investigación acorde a las líneas de investigación institucional".*

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes;

SE RESUELVE:

Artículo N°01: APROBAR el **proyecto de tesis** denominado: **APROBAR** el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** denominado: **CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, 2020** presentado por el(la) estudiante **CORDOVA SANDOVAL ANDRES AVELINO**, de la Escuela de **Enfermería.**

ARTÍCULO 02: ESTABLECER, como fecha de inscripción del Proyecto de Tesis la fecha de expedición de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Mg. Santos Leopoldo Acuña Peralta
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Lic. Mg. Jimena Palomino Malca
Secretaria Académica Facultad de Ciencias de la Salud

Cc: EAP, Interesado (s), Archivo

ANEXOS N° 05

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

CARTA N°10–2020/ EE/FACCSA
DR. MARCO GAMONAL GUEVARA.
GERENTE DE LA MICRO RED DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ.
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **CORDOVA SANDOVAL ANDRES AVELINO** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el proyecto de investigación denominado: **"CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABETICO DEL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ 2020"**, este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de usted
Atentamente.

Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Directora de la Escuela Profesional de Enfermería