



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE  
VIDA SALUDABLE EN LOS ADULTOS MAYORES  
CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
POLICLÍNICO CHICLAYO OESTE - 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autor:**

**Bach. Silupú Mesta Marleny**

**Asesor:**

**Dra. Galvez Diaz Norma Del Carmen**

**Línea de Investigación:**

**Cuidar - Cuidado de enfermería**

**Pimentel – Perú**

**2018**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE EN LOS ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL POLICLÍNICO  
CHICLAYO OESTE-2016**

Aprobación de informe de investigación

---

Mg. Rubín Ebenezer Ramos Castro

**Presidente de jurado de tesis**

---

Mg. Ana Yudith Guerrero Valladolid

**Secretaria de jurado de tesis**

---

Mg. Gladys del Rosario Perleche de Quepuy

**Vocal de jurado de tesis**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a mí madre por su apoyo incondicional en la parte moral y económica, a mis hermanos que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, y poder ser una profesional, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a mis hermanos en Cristo Elena y Salomón Huayllara por el apoyo que siempre me brindaron durante el transcurso de mi carrera universitaria.

A mis docentes que con sus amplios conocimientos y consejos, influyeron en mi formación ética y profesional. A todas y cada una de las personas que formaron parte de la enseñanza para mejorar mi trabajo de investigación les dedico estas páginas de mi tesis.

La autora

## **Agradecimiento**

Quiero agradecer infinitamente a Dios porque me ha dado la fortaleza para seguir adelante, sin desfallecer a pesar de todas las dificultades, por ser mi guía, y estar conmigo iluminándome con sus bendiciones, para poder culminar mi carrera profesional y hacer realidad lo que me propuse.

A la Universidad Señor de Sipán por albergarme en sus aulas durante los cinco años de mi formación y permitirme desarrollar mis habilidades y cualidades dentro del campo académico.

A mis asesoras y jurados de tesis por todo su esfuerzo y dedicación, porque gracias a su guía, a sus conocimientos y la experiencia que tiene, logré culminar mi trabajo de investigación con éxito.

## INDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento .....	iv
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Situación problemática.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Delimitación de la investigación .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Justificación e Importancia de la Investigación .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4. Limitaciones de la Investigación .....</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos de la Investigación.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.1.Objetivo General: .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.2.Objetivos específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Antecedentes de estudio.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1. A nivel Internacional .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2. A nivel Nacional.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3. A nivel Local .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Base teórica científica .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.1. Conocimiento .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.2. Niveles de conocimiento .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.3. Estilos de vida .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.3.1. Clasificación de estilos de vida.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.4. Programa de Diabetes Mellitus .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.5. Diabetes Mellitus.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.5.1. Tipos de diabetes .....</b>	<b>24</b>

a) Diabetes mellitus tipo I .....	24
2.2.6. El Adulto mayor .....	29
2.2.6.1. Clasificación del adulto mayor .....	30
2.2.7. Teorías de enfermería .....	31
2.2.7.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender .....	31
2.2.7.2. Dorotea Orem teoría de autocuidado .....	33
2.2.8 Definición de los términos básicos .....	35
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>37</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	37
3.2. Población y muestra .....	37
3.3. Variable .....	39
3.4. Operacionalización .....	39
3.5. Abordaje metodológico, técnica e instrumento de recolección de datos .....	40
3.5.1. Abordaje metodológico .....	40
3.5.2. Técnica de recolección de datos .....	40
3.5.3. Instrumento de recolección de datos .....	41
3.6. Procedimiento para la recolección de datos .....	41
3.7. Análisis estadístico e interpretación de los datos .....	42
3.8. Principios éticos .....	42
3.9. Principios de rigor científico .....	43
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 Resultados en tablas y gráficos .....	45
4.2. Discusión de los resultados.....	49
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
5.1. Conclusiones.....	57
5.2. Recomendaciones .....	58
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>61</b>

## RESUMEN

La diabetes mellitus tipo II es una de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalente en la población adulta. En nuestro país, es un problema de salud pública que se debe a los malos hábitos alimentarios, la inactividad física, el consumo de tabaco, de alcohol, todo esto generado por una falta de conocimiento de cómo llevar un adecuado estilo de vida saludable, sobre todo las personas mayores de 60 años. Por lo expuesto la autora formula la investigación: Nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II del Policlínico Chiclayo Oeste – 2016, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento.

La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva no experimental. La muestra estuvo constituida por 120 pacientes adultos mayores del programa de Diabetes. Se aplicó un cuestionario tipo Likert, que estuvo constituido por 26 preguntas cerradas agrupadas en nueve indicadores: Hábitos alimentarios, actividad física, estado emocional, adherencia al tratamiento, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo, depresión, incumplimiento al tratamiento. Se tuvo en cuenta los principios de rigor científico y principios éticos.

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó Excel y el programa SPSS versión 21. La puntuación obtenida a través de los nueve dominios permite afirmar que el 44.2% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II presentan un nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludables malo, un 43,3% de ellos tienen un nivel de conocimiento regular y un 12,5% presentan un nivel de conocimientos sobre estilos de vida saludable bueno, mientras que el 53.3% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II presenta un nivel de conocimiento sobre estilo de vida no saludable malo, un 40% presenta un regular nivel de conocimiento y un 6.7% presenta un nivel de conocimiento sobre estilo de vida no saludable bueno.

**Palabras claves:** Nivel de conocimiento, estilos de vida, Adultos mayores, diabetes mellitus tipo II.

## ABSTRACT

Type II diabetes mellitus is one of the chronic no communicable diseases prevalent in the adult population. In our country, it is a public health problem that is due to bad eating habits, physical inactivity, smoking, alcohol, all generated by a lack of knowledge of how to lead a proper lifestyle, especially People over 60 years. For the above, the author formulates the research: Level of knowledge about healthy lifestyles in older adults with Type II Diabetes Mellitus from Chiclayo Oeste Polyclinic - 2016, whose objective was to determine the level of knowledge.

The research was of quantitative type, non-experimental descriptive design. The sample consisted of 120 elderly patients from the Diabetes program. A Likert questionnaire was applied, which consisted of 26 closed questions grouped in nine domains: Eating habits, physical activity, emotional state, adherence to treatment, smoking, alcohol consumption, sedentary lifestyle, depression, non-compliance with treatment. It took into account the principles of scientific rigor and ethical principles.

For statistical processing and analysis, Excel and SPSS version 21 were used. The score obtained through the nine domains allows to affirm that 44.2% of older adults with type II diabetes mellitus present a poor level of knowledge about lifestyles Healthy, 43.3% of them have a regular level of knowledge and 12.5% have a good knowledge of healthy lifestyles, while 53.3% of older adults with type II diabetes mellitus presents a poor level of knowledge about unhealthy lifestyle, 40% presents a regular level of knowledge and 6.7% presents a good level of knowledge about unhealthy lifestyle.

**Key words:** Level of knowledge, lifestyles, older adults, type II diabetes mellitus.



## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la diabetes mellitus tipo II es la causa importante de discapacidad y muerte en todo el mundo que está afectando de manera grave la calidad de vida y la salud de la humanidad, las familias y las comunidades, llegando a considerarse como una epidemia, afectando al menos a 382 millones de habitantes a nivel mundial en edades que comprenden desde la etapa adulta joven hasta la adulta mayor. Según la federación internacional de la diabetes, indica que las cifras de incidencia de morbilidad se incrementaran de manera significativa en las siguientes 2 décadas<sup>1</sup>. Una de las causas de esta enfermedad es el inadecuado estilo de vida de las personas, la cual se ha visto favorecida por la inadecuada alimentación, el sedentarismo, el consumo de alcohol, el tabaco, las condiciones genéticas, la falta de educación, que son los desencadenantes de dicha enfermedad<sup>2</sup>.

Es por ello que el personal de enfermería debe realizar charlas de promoción de la salud, siendo este un componente preventivo que es importante en el combate de esta enfermedad y debe estar centrado en fortalecer estrategias de prevención que modifiquen los estilos de vida de la población respecto a hábitos alimentarios, ejercicio físico, educación en diabetes dirigida a pacientes con participación de la familia y la comunidad. Esto nos lleva a la siguiente interrogante ¿será importante que los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II tengan conocimiento sobre los estilos de vida saludable y la práctica en su vida diaria?.

El tener conocimiento les ayudará a tomar conciencia y a diferenciar entre los buenos y malos hábitos que pueden ayudar o perjudicar su salud, lamentablemente la mala información y los malos hábitos están haciendo estragos en nuestra salud, la costumbre de llevar una vida sedentaria, el consumir muchas proteínas y grasas animales, el fumar y beber alcohol están dando lugar a la aparición de complicaciones de la diabetes mellitus tipo II.

## **El estudio consta de cinco capítulos como son:**

Capítulo I: Problema de investigación. Se consideró la situación problemática a nivel mundial, nacional y local. La formulación del problema, delimitación de la investigación, justificación e importancia de la investigación, limitaciones de la investigación, objetivos de la investigación tanto general como específicos.

Capítulo II: Marco teórico, se detalla los antecedentes tanto a nivel mundial, nacional y local. Bases teóricas científica: programa de Diabetes Mellitus, que es diabetes, fisiopatología, resistencia a la insulina, daño de la Célula Beta, tipos de diabetes, síntomas y tratamiento, como también se habla sobre estilos de vida, clasificación, conocimiento, niveles de conocimiento, adulto mayor, clasificación del adulto mayor, hablamos de dos teorías de enfermería. La teoría del Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender y la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

Capítulo III: Marco metodológico, se consideró el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, la variable de estudio, Operacionalización, el abordaje metodológico, técnica e instrumentos de recolección de datos, el procedimiento para la recolección de datos, análisis estadísticos de los datos, principios éticos descritos en el informe Belmont y rigor científico.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados. Se consideró los resultados en tablas y gráficos, la discusión de los resultados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Se consideró las conclusiones en base a los objetivos y las recomendaciones se dieron a la institución y autoridades, finalmente se detalla referencias y anexos.

## CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Situación problemática

La diabetes mellitus tipo II es una de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalente en la población adulta. El número de personas con diabetes y su prevalencia están aumentando en todas las regiones del mundo, en el 2014 había 422 millones de adultos (el 8,5% de la población) con diabetes, en comparación con 108 millones (4,7%) en 1980. La epidemia de diabetes tiene importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas, sobre todo en los países en desarrollo. Tanto la diabetes mellitus tipo I (DM1) como la diabetes mellitus tipo II (DM2) cursan con hiperglucemia lo que puede originar complicaciones agudas hiperglucémicas, que pueden producir infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia renal, ceguera, lesiones de los nervios periféricos (neuropatía diabética) y amputaciones<sup>3</sup>.

En el mundo, Carty<sup>4</sup>, estimó que había unos 110 millones de casos y que se incrementarían a 239 millones para el 2010; actualmente, la realidad supera a lo proyectado y se estima en 371 millones, el número de personas viviendo con diabetes mellitus en el mundo. La Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que la proyección del número de personas que desarrollarán diabetes para el 2030 será más de 400 millones.

Para el 2030 se estima un crecimiento de 27.4 millones, donde América Central y Sur crecerán en un 65.1% y Norte América y El Caribe en un 42.4%. Se espera que el número de personas con diabetes en las Américas alcance las 82.8 millones en el año 2030, afectando a un 9.0% de la población adulta de América Central y Sur. Esta enfermedad sigue afectando de manera grave la salud de la humanidad, señalando con absoluta claridad y certeza los factores sociales, culturales y económicos que producen y favorecen el aumento de personas que enferman de diabetes mellitus en todo el mundo. Los datos e

informaciones estadísticas alarman, pues sus dañinas consecuencias para la salud de la población, se mantienen y aumentan<sup>4</sup>.

En el Perú es una enfermedad que afecta cerca de 2 millones de personas, informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud indican que la diabetes mellitus es la décima quinta causa de mortalidad en el país, la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la comida chatarra y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad<sup>5</sup>.

Los costos directos e indirectos que implican el tratamiento y atención de diabetes mellitus tipo II son elevados y se recargan sobre todo como gastos en salud provenientes del presupuesto de la familia. Por tanto el componente preventivo es importante en el combate contra ésta enfermedad y debe estar centrado en fortalecer estrategias de prevención, que modifiquen los estilos de vida de la población respecto a hábitos alimentarios, ejercicio físico; educación en diabetes dirigida a los adultos mayores con participación de la familia y la comunidad; fortalecer las competencias del personal de salud a cargo de estos pacientes y lograr que el adulto mayor lleve un mejor tratamiento preventivo y recuperativo e implementar un sistema de vigilancia oportuno y de calidad<sup>6</sup>.

Esta investigación tiene como motivación la observación directa de la investigadora, durante las visitas realizadas al policlínico Chiclayo Oeste, donde se encontró a personas que padecen diabetes mellitus tipo II en espera de recibir un control de enfermería, siendo alrededor de mil doscientos pacientes con esta enfermedad, se observó que algunas de estas personas presentaban un aspecto corporal muy delgado y con sobrepeso, además de otras patologías agregadas como hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedades digestivas, oculares, artritis. Se logró dialogar con algunas de estas personas quienes se manifestaron de diferentes maneras sobre su enfermedad y el tratamiento que recibían.

Este contacto que se tuvo con los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en un primer momento permitió a la investigadora darse cuenta del desconocimiento que ellos tienen en cuanto a sus estilos de vida saludable. Es por eso que se plantea la siguiente interrogante ¿será importante que los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II tengan conocimiento sobre estilos de vida saludable y la práctica en su vida diaria?. El estilo de vida que lleva esta población tiene una gran influencia sobre esta enfermedad, si ellos tiene conocimiento lograrán diferenciar entre un estilo de vida saludable y no saludable.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016?

#### **1.2. Delimitación de la investigación**

La presente investigación titulada, nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, se realizó en el Policlínico Chiclayo Oeste, perteneciente a Essalud, ubicado en la provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, en el cual se trabajó con los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II con edades de 60 años a más, a quienes se les aplicó un cuestionario validado por juicios de expertos, en un periodo de tiempo de Agosto 2016.

#### **1.3. Justificación e Importancia de la Investigación**

Las enfermedades crónicas siendo una de ellas la diabetes mellitus tipo II ha incrementado su prevalencia de manera continua en el ámbito mundial y nacional. Esta situación se ha visto favorecida por la práctica de estilos de vida no saludable, como el sedentarismo, la depresión, los malos hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, el tabaquismo, las condiciones genéticas, la educación entre otros. Estudios previos han señalado la importancia que

tiene el fomentar los estilos de vida en la población, con el fin de reducir los índices de morbi-mortalidad de dicha enfermedad<sup>7</sup>.

Como consecuencia los pacientes deben depender de los fármacos durante toda su vida. Por este motivo, la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad con unos costos económicos enormes. Sin embargo, la falta de conocimiento, el no realizar ejercicio, los alimentos que consumimos tiene una enorme influencia sobre esta enfermedad, una dieta adecuada no solo puede prevenirla sino también tratarla<sup>8</sup>.

Por lo tanto mi trabajo de investigación se justifica, debido al incremento de pacientes con diabetes mellitus en nuestro país y considerando la gran cantidad de personas adultas mayores diabéticas que acuden al Programa de diabetes del Policlínico Chiclayo Oeste, manifestando muchos de ellos no tener conocimiento de cómo llevar una dieta para evitar que la enfermedad progrese o para prevenirla, y otros ignoraban que tipo de diabetes tenían. También desconocían sobre las complicaciones de esta enfermedad y se quejaban de consumir todo el tiempo fármacos, pero que no lograban curarse. Por lo tanto se puede decir que la recuperación de los adultos mayores no solo depende del tratamiento con fármacos, si no también se debe tomar en cuenta sus estilos de vida que llevan, pues existen muchos de ellos con obesidad, con niveles de colesterol elevados y con muchas otras patologías.

Este estudio se realizó para que el personal de salud que laboran en esta área identifique el nivel de conocimiento que tienen los pacientes que se atienden en el programa de diabetes, y así puedan mejorar dicho programa, brindando a los pacientes un ritmo de vida que conduzca a disminuir complicaciones y controlar la diabetes no solo con fármacos, sino también con la dieta, el ejercicio y la recreación.

La importancia radica en que los resultados permitirán ser fuente de información a las autoridades profesionales de la salud de dicha institución y

las autoridades de la universidad Señor de Sipán para que en coordinación con su personal y estudiantes de la salud realicen charlas educativas de sensibilización para un modo de vida saludable, talleres de prevención, jornadas de promoción de la salud y de vacunación, planificación ejecución y control de planes para el mejoramiento de los modos de vida sedentarios, visitas domiciliarias con más frecuencia y así lograr que los adultos mayores fortalezcan sus conocimientos con las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludable, permitiéndoles ser activos, útiles y participativos con la sociedad.

#### **1.4. Limitaciones de la Investigación**

Durante el proceso de investigación se dieron algunos inconvenientes, en cuanto al permiso por parte de las autoridades del Policlínico Chiclayo Oeste, para obtener la información y para aplicar el instrumento. Además en cuanto al tiempo tuve limitaciones, dado a que laboraba simultáneamente, y era difícil poder realizar las dos cosas a la vez. Pero estos inconvenientes fueron superados por la investigadora.

#### **Objetivos de la Investigación**

##### **1.4.1. Objetivo General:**

Determinar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste 2016.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

Identificar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Identificar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de estudio

#### 2.1.1. A nivel Internacional

Martínez CP<sup>9</sup>, en el año 2014, realizó un estudio de investigación titulado. **Estilos de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo II**, tuvo como objetivo reconocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo II que asistieron al control de dicha enfermedad en diferentes centros de salud urbanos del área metropolitana de Monterrey, N.L, México, fue de tipo descriptivo y transversal, la población fue de 65 pacientes, que contaron con características muy similares, de acuerdo con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, se utilizó el instrumento denominado IMEVID, para explorar el estilo de vida y se relacionó con la percepción de los pacientes. Los resultados y conclusiones fueron:

*Que un 29,23% consideraba tener un “buen estilo de vida”, porcentaje que correspondió a una clasificación “saludable”, mientras que la mayor concentración si tiene un inadecuado estilo de vida (70,77%), con dos clasificaciones de los participantes; luego, un 56,92% se caracteriza por una conducta “moderadamente saludable” y solamente el 13,85% de estos se catalogó como “poco saludable”. Se detectó una correlación significativa entre el estilo de vida evaluado y las dimensiones consideradas, excepto con el estado emocional. En conclusión el esclarecimiento del concepto denominado “estilo de vida” ha permitido redimensionar la noción del estado de “salud-enfermedad”.*

Russo V<sup>10</sup>, en el año 2011 realizó un estudio de investigación titulado. **Hábitos alimentarios en pacientes diabéticos tipo II adultos que acudieron a las consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arrollo Seco, Argentina**, tuvo como objetivo investigar los, hábitos alimentarios y el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo II, fue de tipo descriptivo, observacional y transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes con diabetes mellitus tipo II, a partir de los 50 años de edad, ambos



sexos, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron las encuestas individuales. Los resultados y conclusiones fueron:

*Que los pacientes con diabetes mellitus tipo II conocían sobre hábitos alimentarios, tenían una buena educación y cuidaban su estilo de vida, lo que confirma la hipótesis planteada. Como conclusión fue que el mayor porcentaje de los pacientes encuestados con diabetes mellitus tipo II tenían amplios conocimientos sobre hábitos alimentarios adecuados a su enfermedad y mantenían un buen estilo de vida.*

Álvarez PC, Avalos GM, Morales GH, Córdova HJ<sup>11</sup>, en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. **Nivel de conocimiento y estilos de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II en la UMF.No.39 IMSS, centro de Tabasco - México**, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, estilos de vida y su relación con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II de la UMF. Este estudio fue de tipo observacional transversal y analítico en una muestra de 200 pacientes con diabetes. Para tal fin se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y estilo de vida en el paciente. Se empleó estadística descriptiva y analítica, expresada a través de tablas gráficas. Para relacionar las variables de interés, se utilizó la  $\chi^2$  de Pearson. Se empleó el programa SPSS versión 15.0.

Los resultados y conclusiones fueron:

*El nivel de conocimiento fue insuficiente en el 87%, al relacionar el nivel de conocimiento y el control metabólico se obtuvo que los pacientes presentan un estilo de vida no saludable, al relacionar el estilo de vida y el control metabólico él se obtuvo una  $X^2$  de 6.922 y una  $p = 0.009$  estadísticamente significativa. Como conclusión. Los pacientes que tienen un nivel de conocimiento insuficiente y presentan estilos de vida no saludables, tuvieron un inadecuado control metabólico. Es de vital importancia que el personal de salud brinde una educación efectiva y recalcar la necesidad de aplicar en su vida diaria un estilo de vida saludable.*

### 2.1.2. A nivel Nacional

Laipe PM<sup>12</sup>, en el año 2014 realizó un estudio de investigación titulado. **Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima**, que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, la muestra de estudio fue de 102 pacientes con diabetes mellitus tipo II, la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Los resultados y conclusiones fueron:

*El 40% desconocía las complicaciones más frecuentes de la diabetes, el 48% no sabía que el entumecimiento y hormigueo en los pies se debía a un mal control de la glucosa y el 63% desconocía que el ejercicio era nocivo en el incremento de la glucosa. En conclusión: Un alto porcentaje de pacientes conocen sobre la enfermedad, el mayor porcentaje de los pacientes cumplían con el tratamiento con predominio del no farmacológico, y existe relación significativa entre la variable conocimiento con el cumplimiento del tratamiento con ello se prueba la hipótesis.*

Guzmán AG, Wong MJ, Pérez CM<sup>13</sup>, en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. **Características sociodemográficas – clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan de Iquitos**, que tuvo como objetivo determinar la relación entre las características sociodemográficas – clínicas y estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La población estudiada lo constituyeron un total de 384 pacientes con diabetes de ambos sexos, cuya muestra estuvo constituida por 180 pacientes con diabetes mellitus tipo II, la técnica utilizada para la recolección de datos fueron 2 instrumentos: una ficha de caracterización para identificar las características sociodemográficas, clínicas y

un cuestionario para medir el estilo de vida en diabéticos. Los resultados y conclusiones fueron:

*El 33,3% presentan la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo II entre 1 a 5 años, 60,5% tienen sobrepeso, 64,4% asistieron a consulta entre 1 a 4 veces al año, 88,3% presentaron hiperglucemia y el 87,2 % presentaron Inadecuado estilo de vida. En conclusión Estos hallazgos, se presentan como una alternativa para ser considerados en la toma de decisiones de las autoridades de salud ubicados en el primer nivel de atención de salud, dado a que contribuirán a replantear estrategias de promoción de la salud priorizando en aquellos factores que predisponen a desarrollar esta.*

### **2.1.3. A nivel Local**

Ochoa ME, Coronel RL<sup>14</sup>, en el año 2012 realizaron un estudio de investigación titulado. **Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en adultos con diabetes tipo II, San José – Chiclayo**, que tuvo como objetivo medir la efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en adultos con diabetes. Fue de tipo cuantitativo cuasi experimental, la población estuvo conformada por 32 personas adultos, la muestra estuvo integrada por 18 adultos con diabetes tipo II, el muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron la escala Likert con 26 preguntas sobre dieta y ejercicio, y la lista de cotejo con 4 indicadores (IMC, presión arterial, perímetro abdominal y glicemia capilar). Los resultados y conclusiones fueron:

*Que la intervención educativa de enfermería brindada a los adultos con diabetes tipo II, tuvo efectividad en los estilos de vida, en dieta y ejercicio; donde hubo cambios en el índice de masa corporal y presión arterial. Concluyendo que un programa ambulatorio de ejercicio físico, mejora la calidad de vida, el control metabólico y el peso en sujetos mayores de 60 años con diabetes mellitus tipo II.*

Alarcón OD, Zapata QS<sup>15</sup>, en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. **Intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor del programa – diabetes e hipertensión, Pisci – 2013**, que tuvo como objetivo determinar la eficacia de la intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor, fue de tipo cuantitativo, cuasi- experimental con pre y post prueba de corte longitudinal, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos al programa, un total de 36 según el registro del 2012, la muestra estuvo constituida por 20 adultos mayores, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron dos: un cuestionario para la alimentación y otro para el ejercicio físico, y la hoja de cotejo. Los resultados y conclusiones fueron:

*Las medidas de las variables después de la aplicación del programa son significativamente menores a las medidas antes de la aplicación del programa, por lo que se concluye que el programa ha tenido efectividad en las variables alimentación y ejercicio físico.*

## **2.2. Base teórica científica**

### **2.2.1. Conocimiento**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, a través de la introspección, en el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero, en cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente, el conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre el sujeto y un objeto<sup>16</sup>.

Para Raúl D<sup>17</sup>. Conocimiento significa apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son. Es definido como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento es alcanzar la verdad objetiva. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente.

### **2.2.2. Niveles de conocimiento**

- a) Conocimiento bueno:** Denominado también óptimo, porque hay adecuada distribución cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada, además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia, el individuo comprende el significado de ideas expresadas en una frase u oración ligadas a una unidad semántica<sup>18</sup>.
  
- b) Conocimiento regular:** Llamado también medianamente logrado, hay una integración parcial de ideas manifiestas, conceptos básicos y emite otros eventualmente, propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la conexión es esporádica con las ideas básicas de un tema o materia. El individuo reconoce parcialmente las ideas expresadas y con dificultad hace una relación de estos con la realidad, pretende conocer nuevos conocimientos<sup>18</sup>.
  
- c) Conocimiento malo:** Considerado como “pésimo”, porque hay ideas desordenadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de

conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica. El individuo entiende la idea de la frase u oración como una información, por lo tanto no lo reconoce como aprendido<sup>18</sup>.

### **2.2.3. Estilos de vida**

Según la organización mundial de la salud (OMS) recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y evitar la discapacidad y el dolor en la vejez, los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano. Adoptar medidas destinadas a crear una sociedad que reconozca el valor de las personas mayores y su aportación, y les permita participar plenamente; y contribuir a proteger y mejorar la salud de la población a medida que envejece<sup>19</sup>.

Considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: "Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas"<sup>19</sup>.

Prat A. define al estilo de vida, como el conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra actividad cotidiana y rigen nuestra forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se nos presentan durante las diferentes etapas de nuestra vida. La importancia del estilo de vida para la salud de las personas están determinados por cuatro factores esenciales: el primero es la herencia genética, el segundo es el medio ambiente o entorno en que se vive,

el tercer factor es el sistema sanitario y en cuarto lugar nos encontramos con el estilo de vida individual, y es, por lo tanto, el primer aspecto que debe considerarse dada su importancia como determinante de la salud<sup>20</sup>.

Su control o influencia depende esencialmente de nosotros mismos. Patrones de conductas basados en promover determinados hábitos saludables, y en eliminar ciertas costumbres nocivas, configuran un estilo de vida que, positiva o negativamente, pueden condicionar nuestra salud. De nuestra fuerza de voluntad y compromiso personal depende fomentar lo primero y evitar lo segundo<sup>20</sup>.

Para Wong L<sup>21</sup>. Los estilos de vida son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

### **2.2.3.1. Clasificación de estilos de vida**

#### **a) Estilos de vida saludable.**

Es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud, los comportamientos y conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte determinara el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme. Su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad que esta se produzca<sup>22</sup>.

### **b) Estilos de vida no saludable**

Incluye fundamentalmente una alimentación no adecuada, no realiza actividad física, y tiene ambientes no saludables en viviendas y trabajos. A medida que el mundo controla las patologías infecciosas y la mortalidad infantil crece la preocupación por la extensión de los problemas de salud vinculados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo o la comida chatarra; íntimamente ligados a las epidemias del siglo XXI, la obesidad, la diabetes o la hipertensión<sup>22</sup>.

#### **2.2.4. Programa de Diabetes Mellitus**

Según la OMS el programa es para prevenir esta enfermedad siempre que sea posible, reducir al mínimo sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Con el objetivo de mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y de sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios<sup>23</sup>.

En el Policlínico Chiclayo Oeste existe un programa de diabetes donde se brinda charlas educativas, para la prevención, control e importancia de la diabetes como problema de salud pública, brindando información sobre las complicaciones y riesgos de esta enfermedad. Este programa está a cargo de dos profesionales de la salud (médico y enfermera), donde asisten 15 a 20 pacientes diabéticos. Lamentablemente muchos de estos pacientes manifiestan que solo acuden una o dos veces y no ponen en práctica lo que se les indica, y un gran porcentaje de ellos tienen desconocimiento de dicho programa.

La salud es un derecho y representa un bien estratégico para el desarrollo del país, por lo que se requieren programas preventivos que permitan consolidar los logros y avances del sistema nacional de salud, que identifiquen y aprovechen las oportunidades para ampliar la cobertura, calidad y eficiencia de las acciones de atención médica, y que enfrenten cada vez más las necesidades de la población<sup>23</sup>.



### **2.2.5. Diabetes Mellitus**

Es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, como consecuencias de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina<sup>24</sup>. Se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales<sup>25</sup>.

#### **Fisiopatología de la diabetes mellitus**

La diabetes mellitus tipo II está relacionada a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina, pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula B pancreática. Para vencer la resistencia a la insulina, la célula B inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la resistencia a la insulina, y mantener los niveles de glucemia normales. Sin embargo, con el tiempo, la célula B pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la resistencia a la insulina, aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de Diabetes Mellitus II<sup>26</sup>.

#### **La resistencia a la insulina**

La insulina es una hormona anabólica secretada por las células B del páncreas en respuesta a diversos estímulos, siendo la glucosa el más relevante. Su

principal función es mantener la homeostasis glicémica y de otros sustratos energéticos, de esta forma, posterior a cada comida la insulina suprime la liberación de ácidos grasos libres mientras que favorece la síntesis de triglicéridos en el tejido adiposo. Por otra parte, la insulina inhibe la producción hepática de glucosa, mientras que promueve la captación de glucosa por el tejido muscular esquelético y adiposo<sup>27</sup>.

En un estado de resistencia a la insulina, la acción de esta hormona a nivel celular está reducida, lo que aumenta la secreción de insulina, esto permite compensar el defecto en la acción tisular y así mantener la homeostasis glicémica. Este fenómeno da cuenta del estado hiperinsulinémico, el cual es característico en sujetos con resistencia a la insulina, particularmente después de una comida alta en carbohidratos<sup>27</sup>.

### **Daño de la Célula Beta**

Este proceso se asocia con una predisposición genética, de tal manera que no todos los individuos desarrollarán diabetes mellitus tipo II, a pesar de presentar resistencia a la insulina. El proceso del daño de la célula B tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa (glicogenólisis) y de la oxidación de los ácidos grasos libres AGL (beta oxidación). El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción (expresados en páncreas y duodeno) que ayudan a la reparación y regeneración de la célula B<sup>25</sup>.

#### **2.2.5.1. Tipos de diabetes**

##### **a) Diabetes mellitus tipo I**

Se presenta por la destrucción de las células B del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células B es generalmente autoinmune pero existen casos de DM-I de origen idiopático. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos<sup>28</sup>.

## **Síntomas**

Los síntomas de este tipo son: Sed anormal y sequedad de la boca, micción frecuente, cansancio extremo, falta de energía, apetito constante, pérdida de peso repentina, lentitud en la curación de heridas, infecciones recurrentes, visión borrosa. Las personas con diabetes tipo I pueden llevar una vida normal y saludable mediante una combinación de terapia diaria de insulina, estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual<sup>28</sup>.

## **Tratamiento**

El tratamiento fundamental de la diabetes tipo I es la administración exógena de insulina simulando en lo posible su producción fisiológica, cubriendo las necesidades basales. Una terapia nutricional adecuada y el ejercicio físico realizado en condiciones óptimas son los otros dos pilares del tratamiento. El objetivo del tratamiento de la diabetes tipo I es conseguir un control glucémico lo más próximo a la normalidad, para evitar tanto las complicaciones agudas como las crónicas. Este tratamiento intensivo consiste en la administración de múltiples dosis de insulina o sistema de infusión continua, realización de múltiples glucemias capilares y la automonitorización y el autocontrol tras la adecuada educación diabetológica<sup>29</sup>.

## **Insulinoterapia**

Para el tratamiento adecuado de la diabetes tipo I se precisa contar con insulinas que se ajusten lo más posible a la secreción fisiológica. Esta secreción tiene dos componentes, uno basal continuo y otro agudo desencadenado por la hiperglucemia postprandial. En sujetos no diabéticos, la ingesta de comida produce un rápido aumento de la concentración de insulina plasmática a los 30-45 minutos seguido por una disminución a los valores basales a las 2-3 horas. En la actualidad disponemos de diferentes insulinas con distintos perfiles de acción para poder imitar el patrón de secreción de insulina fisiológico. Así, los requerimientos basales de insulina se cubrirán con insulina de acción lenta y para evitar la hiperglucemia postprandial se administrarán insulinas de acción rápida antes de cada ingesta<sup>29</sup>.

## **b) Diabetes mellitus tipo II**

Es el resultado de un defecto progresivo de la secreción de insulina como consecuencia de una resistencia periférica de la misma. En su heterogeneidad, puede considerarse en conjunto como un síndrome metabólico (SM) crónico, caracterizado por hiperglucemia, resistencia tisular a la acción de la insulina (hígado, músculo y tejido graso) y defecto o insuficiente capacidad secretora de insulina por las células B, con predominio de uno u otro según los casos. El aumento de la síntesis hepática de glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glicemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula B pancreática, determinarían la aparición del cuadro clínico de la diabetes mellitus tipo II<sup>1</sup>.

Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado. Aunque todavía no se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo II, hay varios factores de riesgo importantes. Por ejemplo: La obesidad, mala alimentación, inactividad física, la edad avanzada, antecedentes familiares de diabetes, grupo étnico, la mayoría de las personas con diabetes tipo II no requieren, por lo general dosis diarias de insulina para sobrevivir<sup>1</sup>.

Muchas personas pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede que tengan que tomar insulina. El número de personas con diabetes tipo II está creciendo rápidamente en todo el mundo, este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida<sup>1</sup>.

Las complicaciones asociadas con la diabetes son tan variadas que incluso cuando los síntomas existen, puede que no se vea que la diabetes es la causa, a menos que se realicen pruebas precisas y apropiadas, si las personas no son

diagnosticadas no van a tomar medidas para controlar sus niveles de glucosa en sangre ni su estilo de vida. Los estudios han descubierto que muchas personas con diabetes no diagnosticada ya sufren complicaciones como la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardíaca, la retinopatía y la neuropatía<sup>1</sup>.

## **Síntomas**

Aumento de sed y hambre, micción frecuente, pérdida de peso, visión borrosa, sensación de mucho cansancio. Es posible que las personas no presenten ningún síntoma al principio de esta enfermedad<sup>1</sup>.

## **Tratamiento**

En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesaria con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral<sup>24</sup>. El tratamiento de la DM – II en el primer nivel de atención se iniciara con medicamentos orales de primera línea considerados en la PNUME (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales) vigente: metformina o glibenclamida. Si no existirá contraindicación, empezar con metformina. Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consultas para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”<sup>28</sup>.

En caso que la persona no responda al tratamiento antes descrito, referir al médico especialista en endocrinología o internista, el médico tratante procederá a prescribir un medicamento de costo efectivo, para lo cual sustentara su uso según Resolución Ministerial 540–2011/MINSA (Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME). A toda persona

diagnosticada con DM-II, que se encuentra clínicamente estable sin signos de alarma se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen<sup>28</sup>.

### **c) Diabetes Gestacional**

Una mujer tiene diabetes mellitus gestacional (DMG) cuando se le diagnostica diabetes por primera vez durante el embarazo. Cuando una mujer desarrolla diabetes durante el embarazo, suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. Ya que la diabetes gestacional suele desarrollarse en una etapa avanzada de la gestación, el bebé ya está bien formado, aunque siga creciendo. El riesgo para el bebé es, por lo tanto, menor que los de cuyas madres tienen diabetes tipo I o tipo II antes del embarazo<sup>30</sup>.

Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral. La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo II en la edad adulta<sup>30</sup>.

#### **Síntomas**

Visión borrosa, fatiga, infecciones frecuentes, aumento de sed, incremento de la micción, náuseas y vómitos, pérdida de peso a pesar del aumento del apetito<sup>30</sup>.

#### **Tratamiento**

El tratamiento siempre incluye dieta y actividad física, y en aquellas mujeres que no consigan mantenerse dentro de los objetivos de buen control con el tratamiento dietético y la realización de ejercicio precisarán insulina. En aquellas embarazadas con fetos grandes para la edad gestacional, incluso en

los casos en que están dentro de los objetivos de control, es recomendable también iniciar el tratamiento con insulina. Se comenzará con una dosis inicial de 0,1 UI/Kg/día, titulando la dosis en función de los controles de la glucemia<sup>30</sup>.

#### **d) Otros tipos de diabetes**

- Diabetes MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young). Se produce por defectos genéticos de las células B. Existen diferentes tipos de diabetes MODY, hasta la actualidad se han descrito 7. Se deben a un defecto en la secreción de insulina, no afectándose su acción. Se heredan de manera autosómica dominante, por ello cuando una persona tiene diabetes MODY es habitual que varios miembros de la familia también la padezcan y en varias generaciones<sup>28</sup>.
- Diabetes Relacionada con Fibrosis Quística (DRFQ). La fibrosis quística es una enfermedad que afecta a múltiples órganos entre ellos al páncreas, esto conlleva que se pueda desarrollar diabetes. El diagnóstico de la enfermedad se suele realizar en la segunda década de la vida<sup>28</sup>.
- Diabetes secundaria a medicamentos. Algunos medicamentos pueden alterar la secreción o la acción de la insulina. Los glucocorticoides y los inmunosupresores son algunos de ellos<sup>28</sup>.

#### **2.2.6. El Adulto mayor**

Es la etapa en la que se encuentra el grupo al que pertenecen las personas mayores de 60 años, es una época de la vida enmarcada por la experiencia y la sabiduría, van cambiando no solamente los roles que les asignen, sino también la forma en que se espera que lo lleven a cabo. Se reconocen como sabios, con amplia experiencia vivida, tienen una lectura más amplia del mundo. En esta etapa de su vida hay que tener en cuenta aspectos como: El estado de salud, la determinación de factores de riesgo de discapacidad, y su estado emocional<sup>31</sup>.

La OMS define al Adulto mayor a la persona mayor de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social y psicológico. Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados<sup>32</sup>.

#### **2.2.6.1. Clasificación del adulto mayor**

- a) Persona mayor sano:** Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal, personas sanas y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años, es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas graves y relacionados con su salud,<sup>33</sup>.
  
- b) Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia:** Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica, En esta etapa hay un deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, caídas, una en el último mes o más de una caída en el año. La persona mayor dependiente: Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumenta<sup>33</sup>.
  
- c) Persona mayor enferma:** Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad,



habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor<sup>33</sup>.

### **2.2.7. Teorías de enfermería**

Se tomó en cuenta a dos teóricas que abarcan las dos dimensiones del trabajo en estudio.

#### **2.2.7.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**

Esta investigación que se presenta tiene como base teórica el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que guía la práctica enfermera en este ámbito y orienta la interpretación de las conductas promotoras de salud, en concreto con estilos de vida, tal como se especifica en los objetivos propuestos. Un extenso número de estudios han demostrado la validez y capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud en diversas conductas relacionadas con el estilo de vida<sup>34</sup>.

El modelo de promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: El modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por la características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción<sup>35</sup>.

La teoría de aprendizaje social de Albert Bandura. Según Bandura el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del condicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. Los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo. Los procesos simbólicos pueden originar la adquisición de respuestas nuevas<sup>35</sup>.

El modelo de promoción de la salud se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, según Pender, hay que promover estilos de vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro. Es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud<sup>34</sup>.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. Si bien, hoy en día los malos hábitos alimentarios son los que perjudican a la población en general, con mucha más razón a los adultos mayores que son susceptibles a muchas enfermedades, y si esta población no toma conciencia de la gravedad de su situación y no modifica su conducta se verá afectada por las complicaciones de dicha enfermedad, hoy en día la diabetes mellitus es la causa de muchas muertes en el mundo, llegando a ser una epidemia que aún no se puede controlar, la promoción de la salud es una de las herramientas para llegar a combatir este mal.

Identificando así factores cognitivos – perceptuales en el individuo, la cual da como resultado la participación de conductas favorecedoras de la salud, Pender considera el estilo de vida saludable como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud, considera que las personas tienen el potencial para dirigir los cambios necesarios en su vida, debido a su capacidad para el autoconocimiento, la autorregulación, la toma de decisiones y la solución creativa a los problemas que se le plantean. En definitiva, tienen el poder y las habilidades para modificar las conductas relacionadas con el estilo de vida. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores<sup>34</sup>.

#### **2.2.7.2. Dorotea Orem teoría de autocuidado**

Teniendo en cuenta que el autocuidado es la aplicación ideal de una base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas, se cita a Dorotea Orem en su Teoría del Autocuidado; en la cual se plantean los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El Autocuidado, como concepto básico de ésta teoría, es una actividad aprendida por todos los individuos durante la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo<sup>36</sup>.

El autocuidado significa cuidarse uno mismo a través de las acciones que se realizan en beneficio de la propia salud. Enfermería enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud. El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar

acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno<sup>37</sup>.

Según Orem, “la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad se hace muy variable de una persona a otra, puesto que dependerá de muchas influencias, como el nivel de información de los grupos sociales, lo que predispone a la falta de control en el manejo de la enfermedad y poco interés en la prevención de posibles complicaciones”<sup>37</sup>.

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de autocuidado de Orem; para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente. De este modo, define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto<sup>37</sup>.

El tener conocimiento sobre estilos de vida saludable ayudara a la población de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en conjunto con el personal de enfermería enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras.

Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual

altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad<sup>38</sup>.

Además la enfermera, como educadora, vela por el bienestar físico, psíquico y social de los seres humanos a través de la identificación de los problemas de salud que los afectan y la resolución rápida y oportuna de ellos mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas para contribuir, de esta forma, a mantener óptimas condiciones de salud<sup>38</sup>.

### **2.2.8 Definición de los términos básicos**

**Nivel de conocimiento:** es un proceso activo en el que intervienen el pensamiento y la voluntad a fin de lograr una respuesta en el individuo; especialmente cambios en su conducta que permita encarar situaciones en forma diferente, su contexto y alcance son ilimitados. Así mismo en el entendimiento, razón natural, facultad de saber lo que es bueno o malo de obrar de acuerdo con ella<sup>29</sup>.

**Estilos de vida:** consisten en la gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones. El estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos<sup>32</sup>.

**Adulto mayor:** es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que ante el fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se van deteriorando, generalmente se clasifica al adulto mayor a aquella persona que superan los 60 años de edad, en esta fase de la vida la salud se resiente notablemente, en tanto, existen muchas

enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento, como ser: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, alzhéimer, osteoporosis, artrosis y cataratas, entre otras<sup>39</sup>.

**Diabetes mellitus tipo II:** Es el tipo de diabetes más común, por lo general ocurre en adultos. En la diabetes tipo II, el cuerpo puede producir insulina, pero esto no es suficiente o bien el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre. Muchas personas con diabetes tipo II no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, ya que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre<sup>1</sup>.

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal<sup>40</sup>. Cuantitativo porque la recolección de los datos se realizó con base en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población, fue no experimental porque la investigadora no manipuló ninguna variable, fue descriptiva porque se limitó a identificar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, y de corte transversal porque la recolección de la información se recolectó en un tiempo y espacio determinado.

### 3.2. Población y muestra

La Población: Estuvo constituida por 1200 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el programa de diabetes del policlínico Chiclayo Oeste en los meses de Abril a Julio del 2016. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes adultos mayores de 60 años a más.

La Muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

N =	Total de la población
Z <sup>2</sup> =	Nivel de confianza
P =	Proporción de pacientes que tienen un buen nivel de conocimiento sobre estilos de vida
Q =	1-P
E =	Margen de error

$$620 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5$$

$$n = \frac{0,07^2 (619) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{}$$

$$n = \frac{595.448}{3.0331 + 0.9604}$$

$$n = \frac{595.448}{3.9935}$$

$$n = 149$$

Factor de corrección se utiliza cuando  $n/N > 5\%$ :

$$\frac{n}{1 + \frac{n-1}{n}}$$

$$\frac{149}{1 + \frac{148}{620}} = 120$$

Usando la fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas se obtuvo la muestra que fue de 149 y utilizando el factor de corrección la muestra quedó constituida por 120 pacientes adultos mayores con los que se trabajó en esta investigación.



### 3.3. Variable

Nivel de conocimiento sobre estilos de vida

### 3.4. Operacionalización

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Técnica o Instrumento de recolección de datos	Escala de puntaje
nivel de conocimiento sobre estilos de vida	Saludable	Hábitos alimentarios Actividad Física Estado emocional Adherencia al tratamiento.	Siempre A veces Nunca	Cuestionario IMEVID	Bueno 10 - 12 Regular 7 -9 Malo 4 - 6
	No saludable	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Sedentarismo Depresión Incumplimiento al tratamiento	Siempre A veces Nunca		

### **3.5. Abordaje metodológico, técnica e instrumento de recolección de datos**

#### **3.5.1. Abordaje metodológico**

La presente investigación tuvo un abordaje descriptivo ya que permitió a la investigadora ordenar y describir el resultado de las respuestas obtenidas por los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus II.

Es inductivo, ya que se obtuvo conclusiones generales a partir de las premisas particulares. Viene a ser un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general<sup>41</sup>.

Y es de abordaje deductivo, ya que se apoyó en las aseveraciones y generalizaciones sobre la variable en estudio. Este método fue utilizado en la elaboración de las conclusiones de la investigación.

#### **3.5.2. Técnica de recolección de datos**

Fue a través de una encuesta que se realizó en función a un cuestionario siendo este por tanto el documento básico para obtener la información que estuvo conformado por un conjunto de preguntas cerradas, normalmente de varios tipos<sup>42</sup>. Estas preguntas se redactaron de forma coherente, organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, para el buen entendimiento y comprensión de los adultos mayores, las cuales fueron elaboradas en base a los objetivos de investigación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa, se realizó en forma individual, y con la ayuda de algunos de sus familiares quienes los acompañaban, explicando con términos sencillos, enfatizando el carácter de anónimo.

### **3.5.3. Instrumento de recolección de datos**

El instrumento utilizado fue un cuestionario que es la herramienta de búsqueda de información, es una forma organizada y práctica de hacer preguntas y respuestas, es un sistema adaptable a cualquier campo que busque una opinión generalizada de un tema específico<sup>43</sup>. En el presente trabajo se utilizó un cuestionario tipo Likert para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID)<sup>44</sup>, este instrumento fue adaptado por la investigadora al tema de investigación, validado a juicio de 3 expertos.

Consistió en 26 preguntas cerradas, donde se recabó la información de fuentes primarias, fueron distribuidas en nueve dominios: Hábitos alimentarios, actividad física, estado emocional, adherencia al tratamiento, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo, depresión, incumplimiento al tratamiento. Se determinó el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando el método de las varianzas de los ítems, se obtuvo una confiabilidad del 0,8.

### **3.6. Procedimiento para la recolección de datos**

Se presentó el proyecto de investigación a la escuela de enfermería para su aprobación, se pidió la autorización mediante una carta que fue dada por la dirección de la facultad de enfermería y que se hizo entrega al director del policlínico Chiclayo Oeste quien otorgó el permiso, una vez firmado el documento se aplicó el instrumento y se obtuvo la recolección de datos para la elaboración del proyecto de investigación. Se seleccionó a la población la cual estuvo constituida por 120 adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, de ambos sexos, que voluntariamente aceptaron su participación, se explicó a los adultos mayores en qué consistía el instrumento que tipo de preguntas contenía, cuantas eran y el tiempo que les iba a tomar en responder.

Para ello se obtuvo el consentimiento informado, se procedió a la lectura, al final de la lectura se preguntó al adulto mayor si desearían realizar alguna pregunta acerca del contenido de esta hoja. Una vez que la persona dio su

consentimiento verbal firmó en la hoja junto con un testigo y la entrevistadora. La importancia de la firma del informante reside en el hecho que señala que ha consentido libremente a participar en la encuesta.

### **3.7. Análisis estadístico e interpretación de los datos**

Los resultados se obtuvieron de acuerdo a cada objetivo planteado. A si mismo los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 21 y en Excel considerando las normas de Vancouver.

### **3.8. Principios éticos**

Según Belmont<sup>45</sup>, entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

**Respeto por las personas.** Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. Respetar es dar peso a las opiniones de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras<sup>45</sup>. Esto significa que el sujeto de estudio de esta investigación fue la población adulta mayor con diabetes mellitus tipo II que acude al programa de diabetes del Policlínico Chiclayo Oeste, a quienes se dio valor a sus opiniones, respetando su autonomía de cada uno de ellos sin distinción alguna y teniendo en cuenta que se trata de un ser humano y que mucho de ellos presentan una autonomía disminuida por su condición fisiológica de adulto mayor.

**Beneficencia.** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar, este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio.

Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: no hacer daño; aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible<sup>45</sup>. Esta investigación contó con la participación de las personas adultas mayores y se realizó con el fin de contribuir al bienestar de dicha población, identificando el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y no saludable, para así evitar complicaciones que puedan seguir dañando su salud.

**Justicia:** Interpretar el principio de justicia implica dar a cada persona una participación igual, de acuerdo a su necesidad individual, a su esfuerzo individual y a su contribución social. Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente<sup>45</sup>. En esta investigación se tuvo en cuenta la participación del adulto mayor mediante los criterios de inclusión así mismo se elaboró el consentimiento informado de carácter anónimo con la finalidad de respetar la identidad del adulto mayor.

### **3.9. Principios de rigor científico**

**Validez:** Indica la capacidad de un instrumento para medir lo que debe medir o cuán bien se refleja el constructo que se quiere estimar. Aspecto que muestra si el resultado de la medición expresa con precisión la realidad y la proporción de error sistemático de la prueba<sup>46</sup>. En esta oportunidad se investigó si los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II si estaban informados en cuanto a un estilo de vida saludable y no saludable, la realidad que ellos viven, cuál es su economía, si tienen las posibilidades o no de cumplir con su tratamiento y de llevar un adecuado estilo de vida saludable, por lo tanto los resultados obtenidos servirán para nuevas investigaciones interesadas en el tema y así poder ampliar los conocimientos del personal de salud para que ellos puedan actuar y aportar nuevas ideas y soluciones para combatir las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II.

**Confiabilidad:** Se relaciona con la consistencia interna, coherencia, reproducibilidad, estabilidad y equivalencia de los resultados que dependen de

la medición. Indica que la aplicación repetida de un instrumento genera los mismos resultados en diferentes circunstancias, y expresa la proporción de error aleatorio inherente a la medición, la confiabilidad es necesaria pero insuficiente para establecer la validez de una técnica de medición, un instrumento que no es confiable probablemente es errático, inconsistente e inexacto<sup>46</sup>. El presente estudio fue confiable porque los resultados y conclusiones que se obtuvieron llegaron a ser los mismos de otras investigaciones realizadas, pero no una réplica del mismo.

**Objetividad:** Es un requisito o característica propia del investigador, y señala que induce a enfocar las cosas tal y como se ven, o sea significa respeto y obediencia a los hechos, este criterio indica que la investigadora debe mantener en todo momento una sujeción estricta de los hechos, tal y como se presenta ante sus sentidos<sup>46</sup>. Por lo tanto el proceso de estudiar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores, permitió a la investigadora realizar una transcripción fiel de todo lo observado, sin aumentar hechos que no sean de la realidad de dicha población, esto nos permitió obtener datos precisos, confiables de acuerdo a los objetivos planteados.

**Confirmabilidad:** mediante este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de la misma, por ello se realizó la recogida de los datos, los resultados obtenidos del presente trabajo quedan claros y precisos, así como la rutas utilizadas para lograrlo, garantizando así la fiabilidad externa de la siguiente investigación.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se presentan los resultados obtenidos después de un trabajo profundo, que a continuación se detalla.

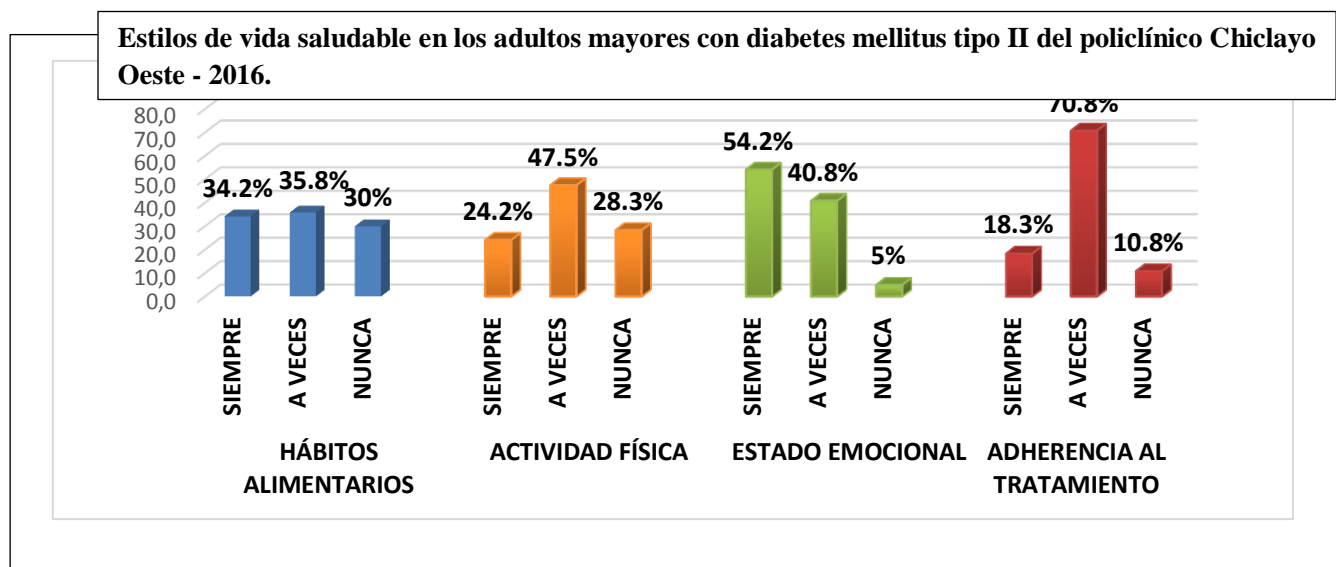
### 4.1 Resultados en tablas y gráficos

**Tabla 1**

*Estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.*

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	CATEGORIAS	N°	%
Hábitos alimentarios	Siempre	41	34.2
	A veces	43	35.8
	Nunca	36	30.0
Actividad física	Siempre	29	24.2
	A veces	57	47.5
	Nunca	34	28.3
Estado emocional	Siempre	65	54.2
	A veces	49	40.8
	Nunca	6	5.0
Adherencia al tratamiento	Siempre	22	18.3
	A veces	85	70.8
	Nunca	13	10.8

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016

En la primera tabla se obtuvo como resultado que el 35.8% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II a veces llevan buenos hábitos alimenticios y el 47.5%, a veces realizan actividad física respectivamente, así mismo un 54,2% de ellos siempre tienen un buen estado emocional, y un 70,8% de ellos a veces presentan adherencia al tratamiento.

**Tabla 2**

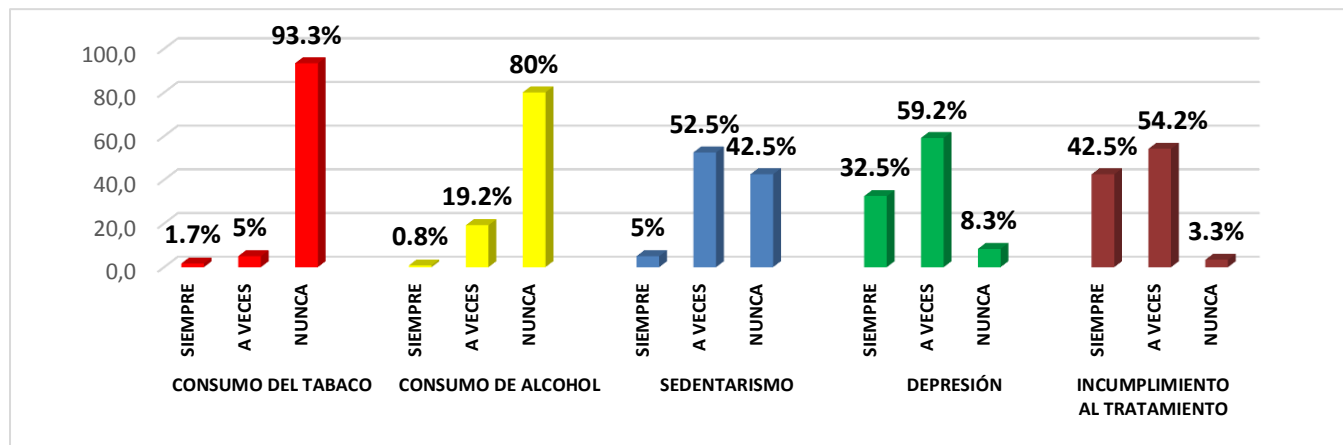
*Estilos de vida no saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.*

ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	CATEGORIAS	N°	%
Consumo de tabaco	Siempre	2	1.7
	A veces	6	5.0
	Nunca	112	93.3
consumo de alcohol	Siempre	1	8
	A veces	23	19.2
	Nunca	96	80.0
Sedentarismo	Siempre	6	5.0
	A veces	63	52.5
	Nunca	51	42.5
Depresión	Siempre	39	32.5
	A veces	71	59.2
	Nunca	10	8.3
Incumplimiento al tratamiento	Siempre	51	42.5
	A veces	65	54.2
	Nunca	4	3.3

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.



**Estilos de vida no saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste – 2016.

En la segunda tabla nos muestra los resultados en cuanto a estilos de vida no saludable donde se obtuvo que el 93.3% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II nunca consumen tabaco ni el 80% alcohol respectivamente, así mismo un 52,5% de ellos a veces tienen sedentarismo, un 59,2% de ellos a veces presentan depresión, y un 54,2% de los pacientes a veces incumplen el tratamiento.

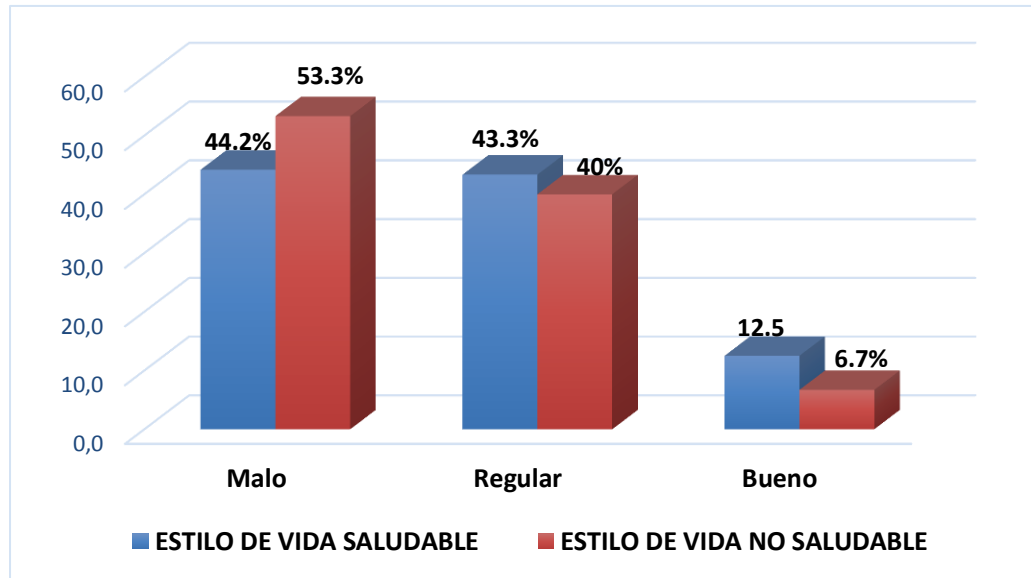
**Tabla 3**

*Nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y no saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESTILO DE VIDA SALUDABLE		ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE	
	N	%	n	%
Malo	53	44.2	64	53.3
Regular	52	43.3	48	40.0
Bueno	15	12.5	8	6.7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.

**Nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y no saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste - 2016.

En la tercera tabla tenemos los resultados en cuanto al nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y no saludable donde se obtuvieron los siguientes resultados que nos muestran, que un 44.2% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II presentan un inadecuado nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludables, un 43,3% de ellos tienen un nivel de conocimiento regular y un 12,5% de los adultos mayores presentan un buen nivel de conocimientos sobre estilos de vida saludable, mientras que el 53.3% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II presenta un inadecuado nivel de conocimiento sobre estilo de vida no saludable, un 40% presenta un regular nivel de conocimiento y un 6.7% presenta un buen nivel de conocimiento sobre estilo de vida no saludable.

## 4.2. Discusión de los resultados

En cuanto a los hábitos alimentarios el 35.8% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II a veces llevan buenos hábitos alimentarios y el 47.5% a veces realizan actividad física respectivamente, así mismo un 54,2% de ellos siempre tienen un buen estado emocional, y un 70,8% de ellos a veces presentan adherencia al tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los hábitos alimentarios pueden proporcionar beneficios a largo plazo como la reducción del riesgo de presentar sobrepeso y obesidad y de sufrir enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida<sup>47</sup>.

La población en estudio no lleva una dieta adecuada para tratar dicha enfermedad, por falta de conocimiento, por la situación económica ya que muchos de ellos manifiestan tener una solvencia económica baja, por vivir solos y algunos de estos adultos mayores comen fuera de casa, además les parece poca la cantidad de comida que recomienda el personal de salud que deben seguir, y algunos de ellos simplemente se reusan a llevar una dieta saludable. Los resultados de esta investigación, coinciden con las deducciones de Domínguez B<sup>48</sup>, quien afirma que los pacientes no consumían la dieta adecuadamente y que era difícil asimilarla por poseer patrones incorrectos y todo ello por un mal nivel de conocimiento. Obteniendo casi los mismos resultados similares con respecto a esta investigación, ya que los adultos mayores se reusan a modificar su dieta.

Un estudio realizado en Río de Janeiro mostró que los afectados no cumplían con el tratamiento dietético. Se debe comprender, que más que indicar una dieta estricta, la cual con frecuencia el enfermo no realiza, es necesario señalar normas dietéticas comprensibles y con posibilidades de ser cumplidas, cercanas al patrón alimentario habitual, compatibles con sus ingresos económicos y otras limitaciones<sup>49</sup>. Se considera importante resaltar la importancia de un adecuado conocimiento en cuanto a una conducta alimentaria en esta edad ya que es difícil de modificar por diferentes factores, uno de ellos es la tradición, la cual da cuenta de aquellos valores y prácticas

trasmitidos de generación en generación y que marcan pautas de comportamiento.

Con respecto a la actividad física apenas el 24,2%, siempre realiza actividad física, mientras que el 47,5% de los adultos mayores a veces realizan actividad física y un 28,3% nunca realiza actividad física. La Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, recomienda que las personas se mantengan suficientemente activas durante toda la vida. Según el tipo y la intensidad de la actividad física se logran diferentes resultados de salud, al menos 30 minutos de actividad regular e intensidad moderada con una frecuencia casi diaria reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, así como de los cánceres de colon y de mama. Un fortalecimiento de la musculatura y un adiestramiento para mantener el equilibrio permiten reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad<sup>50</sup>.

Si bien es cierto la población adulta mayor son capaces de tener una vida normal e independiente, hay que tener en cuenta que a medida que los años pasan y la población envejece, los niveles de reserva se reducen, llegando a ser personas menos independientes, considerando a los adultos mayores como frágiles, pero que no se consideran incapaces de realizar una actividad física moderada si esta se realiza de acuerdo a la resistencia y limitaciones y para ello deben de estar informados obteniendo información por parte del personal enfermero como por ellos mismos y concientizar la importancia de esta actividad.

En una investigación desarrollada por García A<sup>51</sup>, en la que se muestra el resultado de una intervención con ejercicio físico en individuos con diabetes tipo II, se obtuvo, tras seis meses de intervención, cambios significativos en los promedios de presión arterial sistólica y glucosa en ayuno. Por otro lado Ramírez O, Ascanio C<sup>52</sup>, en su estudio realizado en México, estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. De acuerdo a los resultados obtenidos en el dominio de actividad física se encontró que el 40%

los pacientes presentan estilos de vida poco saludables debido a que casi nunca realizan actividad físicas, algunas veces se mantienen ocupados en su tiempo libre realizando trabajos en el hogar.

En investigaciones recientes sobre la diabetes tipo II y el ejercicio físico llevadas a cabo por Ronald J, Sigal, G<sup>53</sup>. Se considera que durante décadas el ejercicio se ha considerado una piedra angular en el mantenimiento de la diabetes, junto con la dieta y la medicación. Una de las últimas revisiones técnicas pasada por el Asociación americana de Diabetes (ADA) sobre la actividad física y la diabetes tipo II. De acuerdo con esto las investigaciones de estos autores, se encaminan hacia las recomendaciones en los tipos, las cantidades, y las intensidades deseados de actividad física para personas con diabetes tipo II<sup>54</sup>. Con respecto a los resultados que se obtuvieron en cuanto al dominio de actividad física se encontró que los pacientes presentan un regular nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable debido a que 47,5% algunas veces realizan actividad física.

En cuanto al estado emocional de los adultos mayores, el 54,2% siempre se siente triste, con pensamientos negativos hacia su futuro, el 40,8% a veces manifiesta sentirse así, mientras que el 5% manifiesta que nunca se siente triste ni tiene pensamientos negativos. Diversos estudios reportan que los pacientes con diabetes mellitus tipo II no sólo son afectados físicamente sino que también desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes la padecen. Una de esas alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante el miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas<sup>55</sup>.

A sí mismo la Asociación Panamericana de la salud nos dice que la depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al

llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si reciben tratamiento por un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto<sup>56</sup>.

Si bien es cierto los adultos mayores que han sido diagnosticados con esta enfermedad sufren un cambio importante en su vida, la cual tiene que enfrentarse con el día a día en cuanto a la responsabilidad de cuidar su salud y poder controlar esta enfermedad, que puede ser vista por el mismo adulto mayor como una carga física y emocional. Siendo que este tipo de enfermedades crónicas requiere de un tratamiento riguroso que involucra comportamientos en diferentes esferas vitales de la persona.

Los resultados en cuanto a la adherencia al tratamiento tenemos como resultado que el 18,3% siempre tienen adherencia al tratamiento, mientras que el 70,8% a veces, y el 10,8% nunca tiene adherencia al tratamiento. No obstante, a pesar del avance en el ámbito farmacológico que permite una variada disponibilidad de tratamientos eficaces la disponibilidad de medicamentos y de tratamientos no ha sido suficiente para que el paciente con diabetes tenga una buena salud y se adhiera al tratamiento<sup>57</sup>. Los resultados de esta investigación permiten corroborar lo indicado por la literatura en relación con la dificultad de adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Tal y como lo refiere López MJ y Carmona M, un mayor nivel de conocimiento en relación con estilos de vida saludable en cuanto a diabetes mellitus tipo II puede contribuir a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, del plan alimentario y la actividad física, además de que un adecuado estado emocional, identificando conductas de riesgo, que pueden ser potencialmente modificadas mediante consejería específica o integración de los pacientes que lo requieran a grupos de autoayuda o de intervención<sup>58</sup>.

En relación al consumo de tabaco el 93.3% nunca consume tabaco y el 80% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II nunca consumen alcohol respectivamente, así mismo un 52,5% de ellos a veces tienen sedentarismo, un 59,2% de ellos a veces presentan depresión, y un 54,2% de los pacientes a veces incumplen el tratamiento. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco presentan un estilo de vida muy saludable por ende un buen nivel de conocimiento debido a que la mayoría no fuma ni bebe alcohol.

En relación al consumo de tabaco la organización mundial de la salud nos dice que el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco<sup>59</sup>.

Respecto al consumo de alcohol la literatura nos dice que incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales dependiendo de la dosis a mayor cantidad de alcohol que una persona consuma, mayor es el riesgo. Los daños ocasionados por el consumo de alcohol a otras personas van desde causar molestias sociales menores, como no poder dormir por alborotos de bebedores, a consecuencias más graves como violencia doméstica, abuso de menores, delitos y homicidios. El alcohol incrementa el riesgo de enfermedades en relación con la dosis consumida. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos<sup>60</sup>.

En la siguiente investigación realizada por Ramírez O, Ascanio C<sup>61</sup>, obtuvo como resultado que el 80% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II presentan un estilo de vida muy saludable debido a que en su mayoría no fuman, en cuanto al consumo de alcohol encontró que el 83% de los pacientes no consumían alcohol. Situación similar se encontró en un estudio realizado por Ortega D<sup>62</sup>, donde obtuvo como resultado que el 94,4% refirió no fumar y solo un 5,6% dijo fumar a diario con un consumo de 6 a más cigarrillos al día, en

relación al consumo de alcohol el 83,3% de los pacientes con diabetes mellitus tipo II manifestaron que nunca consumen alcohol y el 16,7% dijo consumirlo rara vez.

En cuanto a Depresión tenemos que el 32,5% siempre presenta depresión, el 59,2% a veces y el 8,3% nunca, según la OMS la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad a más. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores<sup>63</sup>. Situación contraria con el estudio por Ortega D<sup>62</sup>, En relación a la pregunta relacionada con la tristeza, el 55.5% refirió que casi nunca se sentían tristes y un 27.8% mencionaron que casi siempre.

En cuanto al incumplimiento del tratamiento tenemos que el 42,5% siempre presenta incumplimiento al tratamiento, el 54,2% a veces y el 3,3% nunca. Según la OMS el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura y los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad. En la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que el incumplimiento de las prescripciones indicadas se ha convertido en un serio problema para la salud pública<sup>64</sup>.

El conocimiento acerca del tratamiento de la enfermedad es necesario conocer e identificar el cuadro clínico de la diabetes mellitus, el manejo y progresión de la enfermedad está ligada estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a esta. En el estudio realizado por Gonzales T<sup>65</sup>, donde obtuvo como resultado que aquellos pacientes con disfunción Familiar tienen casi 3.6 veces



la probabilidad de presentar mal cumplimiento al tratamiento en comparación con aquellos que presentan una buena función familiar, aquellos pacientes con conocimiento no aceptable sobre la DM Tipo II presentan 3.2 veces la probabilidad de tener mal cumplimiento en comparación a quienes tienen un Nivel de Conocimiento Aceptable.

El nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, los resultados nos muestran que un 44.2% de adultos mayores presentan un mal nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable, y que un 43,3% de ellos tienen un nivel regular, y tan solo un 12,5% de ellos presentan un buen nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable. Y en el estilo de vida no saludable encontramos que un 53% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, presentan un mal nivel de conocimiento, y un 40, 0% presenta un nivel regular y el 6,7% presenta un buen nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable.

Según la literatura nos dice que el conocimiento es el grado de información que acumula la persona como producto de su experiencia, es considerado como un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido. El conocimiento que posee el hombre es producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el pensamiento, percepción, inteligencia y razón<sup>66</sup>.

En un estudio de investigación realizada por Ramírez O, Ascanio C<sup>67</sup>, donde analizó las dimensiones de: nutrición, tabaquismo, alcohol, emociones y adherencia terapéutica se encontró que los pacientes con diabetes mellitus tipo II han modificado sus hábitos, lo cual permite observar que han realizado cambios positivos en su estilo de vida para mantener una buen estado de salud y una vejez digna; Situación que no ocurre en los dominios de actividad física e información sobre la patología, por lo tanto se necesita reforzar conocimientos y llevar a cabo un seguimiento para fortalecer estos aspectos. De manera general se determinó que los pacientes de la Unidad Básica de

Comuneros, presentan un buen nivel de conocimiento en cuanto a sus estilos de vida saludables debido a que en un gran porcentaje tienen buenos hábitos nutricionales, no consumen alcohol ni cigarrillo, tienen buen manejo de sus emociones y presentan una adecuada adherencia terapéutica.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

Después de realizar la discusión de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

En relación al nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable se obtuvo que el 44,2% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, presentan un nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable malo, así mismo un 43,3% de ellos tienen un nivel de conocimiento regular y un 12,5% de los adultos mayores presentan un nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable bueno. En relación al nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable se concluye que el 53,3% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II presentan un nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable malo, así mismo un 40% de ellos tiene un nivel de conocimiento regular y un 6,7% de los adultos mayores presentan un nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable bueno.

En relación a los indicadores del nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable se encontró que el 30% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II nunca tienen buenos hábitos alimentarios, que el 35% a veces y tan solo el 34,2% siempre tienen buenos hábitos alimentarios, con respecto a la actividad física solo el 24,2% siempre realizan actividad física, mientras que el 47,5% a veces, y el 28,3% nunca realiza actividad física, a diferencia del estado emocional donde se encontró un alto porcentaje del 52,2% que siempre tienen buen estado emocional, y que solo un 5% nunca tienen buen estado emocional, en cuanto a la adherencia al tratamiento se encontró que el 10,8% nunca tienen adherencia al tratamiento, que el 70,8% a veces, y tan solo el 18,3% siempre presenta adherencia al tratamiento.

En relación a los indicadores del nivel de conocimiento sobre estilos de vida no saludable se encontró que el 59,2% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II a veces presentan depresión, que el 32,5% siempre y solo el 8,3% nunca presenta depresión, en cuanto al incumplimiento al tratamiento se evidencio que el 3,3% nunca incumplen el tratamiento, mientras que el 54,2% a veces y el 42,5% siempre incumplen el tratamiento, en relación al sedentarismo se encontró que el 5% de la población en estudio siempre presentan sedentarismo, a diferencia del 52.5.% que a veces presenta y el 42,5% que nunca presentan sedentarismo, en cuanto al consumo de alcohol 0,8% siempre consume alcohol, mientras que el 80% nunca consume alcohol, casi los mismos resultados se obtuvieron para el consumo de tabaco donde el 1,7% siempre consumen tabaco, a diferencia de un 93,3% que nunca consume tabaco.

## **5.2. Recomendaciones**

### **Para la investigación:**

- Realizar investigaciones con grupos de adultos mayores, en mayor número para la obtención de resultados más significativos.
- Realizar estudios similares en otras instituciones de salud, para conocer distintas realidades.

### **Para la institución:**

- Se sugiere a las autoridades del policlínico que el personal de enfermería disponga de más tiempo para que pueda realizar su trabajo de forma más adecuada en favor de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.
- Considerar la posibilidad de implementar el programa de diabetes en el Policlínico Chiclayo Oeste.

- Formar grupos de apoyo entre pacientes con diabetes mellitus tipo II y reuniones con los familiares, para que interactúen y compartan experiencias.

**Para la enfermería:**

- Continúen realizando campañas de salud dirigidas a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, brindarle información sobre su enfermedad y formas de prevención de futuras complicaciones.
- Evaluar el nivel de aprendizaje de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que asisten a las charlas educativas y programas de diabetes.
- Realizar visitas domiciliarias a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que participan en el programa de diabetes, para comprobar si aplican lo aprendido en el cuidado de su salud.
- Tomar en cuenta los resultados de esta investigación en la implementación de programas educativos sobre diabetes mellitus tipo II dirigidos a los adultos mayores y familiares, para incrementar los conocimientos, reducir las complicaciones que pudieran presentarse.
- Realizar actividades de promoción de la salud para las familias, la comunidad, las organizaciones, y en los colegios para que los estudiantes tempranamente adquieran estilos de vida saludable a fin de que disminuyan en ellos riesgos de presentar esta enfermedad.
- Fomentar el desarrollo de prácticas saludables en la familia para el cuidado de su salud integral y prevención de diabetes mellitus tipo II.

## **A la universidad señor de Sipán**

- Que planifiquen en conjunto con las autoridades a cargo y estudiantes de enfermería charlas que puedan brindarse en diferentes establecimientos de salud y hospitales para contribuir a la mejora y así poder evitar complicaciones de la diabetes mellitus tipo II y lograr que los adultos mayores y pacientes en general logren llevar un estilo de vida más saludable.
- Que planifiquen integrar en los cursos de formación general, un curso que abarque todo lo referente a estilos de vida saludable para toda la población en general sea niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

## REFERENCIAS

1. Federación internacional de diabetes. Atlas de la diabetes.2013; 6<sup>ta</sup> edición: 160; p. 23 – 24.
2. Seclén SS, Villena CJ. Prevención y tratamiento de diabetes mellitus tipo II, síndrome metabólico y Diabetes Gestacional. 2012; (25): 1-8
3. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre diabetes mellitus. Resumen de orientación. 2016; 16(3): 1-3
4. Prevención y tratamiento de diabetes mellitus tipo II, síndrome metabólico y Diabetes Gestacional. 2012; (25): 1-8
5. Seclén S. Diabetes mellitus en el Perú. Hacia dónde vamos. 2015; (26): 3-4
6. Mora ME. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta médica costarricense [Internet]. 2014 [citado 14 de Jun 2013]; 56(2): 1-3. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022014000200001](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001)
7. Romero MS, Díaz VG, Romero ZH. Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. [Internet]. 2011; 49 (2): 125 – 136. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
8. Colin C, Thomas M. Estudio de Nutrición. 1<sup>ra</sup> ed. Sirio. 2012. p. 481
9. Martínez CP. Estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Enfermería actual en Costa Rica. 2014; (27): 1-14
10. Ruso V. Transversal y descriptivo de los hábitos alimentarios en pacientes tipo II adultos que acudieron a consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arroyo [Tesis para licenciatura]. Panamá, ciudad del Arrollo, Universidad Abierta Interamericana; 2011. p. 172.
11. Alvares PC, Ávalos GM, Morales GH, Córdova HJ. Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II en la UMF Centro de Tabasco. Horizonte sanitario [Internet]. 2014 [citado feb del 2014]; 13 (2): 188- 193. Disponible en:

<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/307/235>

12. Laime PM. Estudio transversal del conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis para licenciatura]. Perú, Lima, Universidad Ricardo Palma; 2014. p. 101.
13. Guzmán AG, Wong MJ, Pérez CM. Característica sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II [Tesis para licenciatura]. Perú, Iquitos S.C. San Juan, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014. p.120.
14. Ochoa ME, Coronel RL. Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en los adultos mayores con diabetes tipo II [Tesis para licenciatura]. Perú, Chiclayo, San José, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2012.p.145.
15. Alarcón OD, Zapata QS, Intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor –programa diabetes e hipertensión Pisci. [Tesis para licenciatura]. Perú, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. p.129.
16. Definición de conocimientos. [Internet]. Argentina: Perezporto; 2016 [actualizado 12 mar 2016; citado el 4 de mayo 2016] Disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/>
17. Conocimientos con todos y para todos. [Internet]. Cuba: EcuRed;. 2015. Disponible en: [https://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia\\_cubana](https://www.ecured.cu/EcuRed:Enciclopedia_cubana)
18. Meza Cl. Estudio descriptivo transversal de los conocimientos de la enfermera sobre evaluación de signos y síntomas de las enfermedades. [Tesis para licenciatura]. Perú, Puno, Universidad nacional del Altiplano, 2014. p. 63.
19. Romero M, Díaz V, Romero Z. Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. Aportaciones originales. 2011; 49 (2): 125 – 136. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
20. Libro de la salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA. 1ra ed. Nera: San Nicolás; 2007.p. 784
21. Wong LC. Estilos de vida. Salud pública [Internet]. 2012. [citado 20 Jun 2011]; 13(1):1-4. Disponible en:



<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

22. Murillo EB, Promoción de estilos de vida. Salud ocupacional. [internet]. 2011.[citado 19 Ene 2015]; 26 (1): 1-4. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312\\_637657.html](https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html)
23. Organización mundial de la salud. Informe sobre el Programa de Diabetes. Resumen de orientación. 2016. (16)
24. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención. 2015. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/aGuia\\_practica\\_clinica\\_para\\_diagnostico\\_tratamiento\\_control\\_de\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/aGuia_practica_clinica_para_diagnostico_tratamiento_control_de_diabetes_mellitus_tipo_2.pdf)
25. Federación internacional de diabetes. Atlas de la diabetes.2015. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
26. Castillo BJ. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II. 2015; 24(1): 1 – 18
27. Carrasco NF, Galganif FJ, Reyes JM. Síndrome de resistencia a la insulina. Diagnosis and management [Internet]. 2013 [citado 5 Sep 2013]; 24 (5): 827 – 837. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401370230X>
28. Fundación para la diabetes. Tipos de diabetes [Internet]. 2015 [citado 18 Feb 2015]; Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/177/tipos-de-diabetes>
29. Oyarsabal IM. Tratamiento y complicaciones de la Diabetes mellitus tipo I [Internet]. 2012 [citado 11 Abr 2012]; 1(1): 7-32. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/documentos/consenso/cap23.pdf>
30. Diabetes gestacional [Internet]. España. Zonahospitalaria; 2016 [actualizado 10 Mar 2016; citado 28 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/>
31. Adultos mayores [Internet]. Colombia. SlideShare; 2012. [actualizado 4 Ago 2012; citado 2 Nov 201]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/sdtaveran/adulto-mayor-14998301>

32. Martínez CP. Estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2014; 38(2): 1-14
33. Espinosa AM, Muños CF, Portillo SJ. Clasificación a las personas mayores. Una visión dinámica [Internet]. 2014 [citado Nov 2013]; 20 (2): 45- 50. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>
34. Aristizábal HG, Borjas MD, Sánchez RA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. 2011; 8(4): 1-8
35. Meriño JL, Vásquez MM, Palacios M. Nola Pender. El cuidado [Internet]. 2012 [citado Jun 2012]; 22(2): 1-3. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
36. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2011. p. 5-6, 8,12
37. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º ed. Editorial El Servier, Ámsterdam; 2007. p. 268-277.
38. Ventura E, Flores E. Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo II en el Nivel de Conocimiento y Autocuidado del paciente Diabético del Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008. p. 6-8.
39. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 1ª edición, 40, p.16-20.
40. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la investigación. 4th ed. Iztapalapa: López NI; 2006. p. 656
41. Wikipedia [Internet] Perú Inductivismo; 2016 [Actualizado el 2 nov. 2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Inductivismo>
42. Madrigal KM, Mora LM, Olaso AO. La utilización de la encuesta en la investigación cuantitativa. *Ulacit*. 2009; 1(9): 3-9.
43. Concepto definicion [Internet] Perú: cuestionario; 2000 [actualizado 2 Feb 2015; citado 5 Abr 2015]. Disponible en: <http://concepto definicion.de/cuestionario/>

44. López MJ, Carmona M, Raúl AA, Raymundo RM, Mungula MM. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. 2003; 45 (4): 260 -268.
45. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Internet] 1979 [citado 18 Abr 1979], 55 (1): 1-9. Disponible en:  
[http://www.redbioetica-edu.com.ar/links/El\\_informe\\_Belmont.pdf](http://www.redbioetica-edu.com.ar/links/El_informe_Belmont.pdf)
46. Gonzáles HA, Cascant SM. Metodologías y Técnicas Cuantitativas de Investigación. Vol 1. 1a ed. Valencia 2012: Universitat – Politècnica; 2012.
47. Organización mundial de la salud. Informe sobre alimentación sana. Resumen de orientación. 2015.
48. Domínguez B, Intervención educativa en pacientes diabéticos en la parroquia de Valle de Tucutunemo. Rev méd electrón. [Internet]. 2011 [citado 1 Agt 2011]; 30(2): 2-5. Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema06.htm>
49. Paz C, Proenza F. Factores de riesgo en adulto mayor con diabetes mellitus. [Internet]. 2012 [citado 22 En 2012]; 1-6. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_4\\_12/san01412.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_4_12/san01412.htm)
50. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario. [Internet]. 2013. Disponible en:  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
51. García A. Actividad física y diabetes mellitus tipo II. Resultados de una intervención. 2014; 42 (5): 395-404.
52. Ramírez O, Ascanio C. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista ciencia y cuidado. 2011; 35(2): 26-28.
53. García A. Actividad física y diabetes mellitus tipo II. Resultados de una intervención. 2014; 42 (5): 395-404.
54. Asociación Americana de la Diabetes (ADA). Recomendaciones para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. 2014; 1-22. Disponible en:  
<http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>

55. Refugio Zabala, Vásquez Martínez. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. 2016, vol. 16, n° 3, p. 76 – 157. ISSN. 1657-5997
56. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. 2011; 1- 51. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
57. Terechenco L, Baute G. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. 2015. Medicina familiar y comunitaria: 10(1): p.20-33.
58. López MJ, Carmona M, Raúl AA, Raymundo RM, Mungula MM. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. 2003; 45 (4): 260 -268. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
59. Organización mundial de la salud. Tabaco. Resumen de orientación. 2015
60. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. 3th ed. Maristela: Monteiro M; 2008. p.148
61. Ramírez O, Ascanio C. Estilos de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista ciencia y cuidado, octubre. 2011, vol. 8, n° 1; p.26-28.
62. Ortega D. Iniciativa para la mejora de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo de ayuda mutua en la unidad médica de Huitzatarito, Abasolo, Guanajuato. [Tesis para maestría en salud pública]. México, Instituto Nacional de Salud Pública; 2011. p.52.
63. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Actualizado en el 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
64. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Actualizado en el 2014.
65. Gonzales T. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo II, hospital militar central. [Tesis para optar el título profesional de médico]. Lima, Universidad mayor de San Marcos; 2015. p.81.

66. Barceló M. Hacia una economía del conocimiento. Madrid: Editorial Prince Waterhouse Coopers; 2001
67. Ramírez O, Ascanio C. Estilos de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista ciencia y cuidado. 2011; 56(1): 26-28.

## ANEXOS 1



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Enfermería



### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Institución:** Universidad Señor de Sipán

**Investigador:** Silupú Mesta Marleny

**Título:**

Nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Chiclayo Oeste – 2016.

**Propósito del Estudio:**

Invito a usted a participar de un estudio con el propósito de determinar: El nivel de conocimiento sobre estilos de vida en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Chiclayo Oeste – 2016.

**Procedimientos:**

Para participar de este estudio tiene que autorizar mediante el presente documento su colaboración posteriormente procederá a resolver el cuestionario que se le entregará a continuación.

**Confidencialidad:**

Se garantiza que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora será quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

**Uso de la información obtenida:**

La información obtenida será utilizada para medir el nivel de conocimiento sobre estilos de vida en los adultos mayores del programa de diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste.

Autorizo tener el cuestionario por un periodo de tres meses

Sí  No

**Derechos del paciente:**

Si usted decide participar en el estudio, o desea retirarse de éste en cualquier momento, no habrá obsesión alguna. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora Silupú Mesta Marleny al teléfono 944476158. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

**Consentimiento:**

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, que es de carácter confidencial por lo cual responderé a todas las interrogantes en forma sincera, siendo de colaboración importante para el desarrollo del proyecto de investigación que tiene como propósito determinar el nivel de conocimientos sobre estilos de vida en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del policlínico Chiclayo Oeste-21016

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se realice el cuestionario respetando mis derechos y decisiones tomadas.

Recibiré una copia del presente consentimiento

---

**Nombre: Participante**  
**DNI:**

---

**Nombre de investigadora**  
**DNI:**

**Agosto 2016**

## ANEXO 2

### Escala tipo Likert adaptada

#### PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Marleny Silupú Mesta, soy estudiante de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, y me encuentro realizando un estudio de investigación “Nivel de conocimiento sobre estilos de vida en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Chiclayo Oeste- 2016. Con el fin de obtener información para lo cual solicito su apoyo y colaboración, agradeciendo anticipadamente su participación.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

#### DATOS GENERALES

1.- Marque con un aspa o complete la información solicitada

Edad..... años

Sexo: Femenino ( )                      Masculino: ( )

#### INSTRUCCIONES:

A continuación tiene una escala en la que se plantea un enunciado con tres alternativas donde marcará con un aspa (x) en el cuadro que considere que es la respuesta correcta:

Siempre: S

A veces: A V

Nunca: N



	ITEMS	S	AV	N
	<b>Buenos hábitos alimentarios</b>			
SALUDABLE	¿Come verduras frecuentemente			
	¿Come frutas frecuentemente?			
	¿Toma suficiente agua que es beneficioso para su salud?			
	¿Sigue dieta para diabéticos?			
	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?			
	¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?			
	¿Come alimentos fuera de la casa?			
	¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?			
	<b>Actividad Física</b>			
	¿ Hace al menos 15 minutos de ejercicio?			
	¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?			
	<b>Estado emocional</b>			
	¿Se enoja con facilidad?			
	¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?			
<b>Adherencia al tratamiento</b>				
¿Trata de obtener información sobre la diabetes?				
¿Trata de obtener información sobre cómo llevar un estilo de vida adecuado?				
¿Trata de obtener información de los alimentos que son dañinos para su salud?				
¿Controla su glucosa?				
¿Asiste a todas las charlas educativas que se les brinda a los pacientes con diabetes mellitus tipo II y cumple con lo recomendado?				
NO SALUDABLE	<b>Consumo de tabaco</b>			
	¿Fuma?			
	¿Consume cigarrillos durante el día?			
	¿Alguien fuma en casa o centro de trabajo o a su lado?			
	<b>Consumo de alcohol</b>			
	¿Bebe alcohol?			
	<b>Sedentarismo</b>			
	¿En su tiempo libre, realiza alguna actividad?			
	<b>Depresión</b>			
	¿Se siente triste, deprimido?			
	¿Tiene pensamientos negativos sobre su futuro?			
	<b>Incumplimiento al tratamiento</b>			
	¿Sigue las instrucciones médicas que le indican para su cuidado?			
	¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?			

## ANEXO 3

### ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

#### Cuestionario estilos de vida

#### ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH PARA ITEMS CON ALTERNATIVAS DE TIPO MÚLTIPLE

##### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	20	100,0
Casos	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	26

**INTERPRETACIÓN:** Considerando el instrumento de recolección de datos con alternativas de opción múltiple, se determinó el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Crombach, obteniendo una confiabilidad de 0.804. Calificando al instrumento como: MUY CONFIABLE.