

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO**



**ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON AUTOCUIDADO DEL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS. CANTÓN SÍGSIG –
ECUADOR. 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN ENFERMERÍA**

**AUTOR
FANNY CECILIA RODRIGUEZ QUEZADA**

**ASESOR
MIRIAN ELENA SAAVEDRA COVARRUBIA**

<https://orcid.org/0000-0002-8139-3816>

Chiclayo, 2022

**ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON AUTOCAUIDADO
DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS.
CANTÓN SÍGSIG - ECUADOR. 2019**

PRESENTADA POR:

**FANNY CECILIA RODRIGUEZ
QUEZADA**

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de:

DOCTOR EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Sofia Sabina Lavado Huarcaya
PRESIDENTE

Mirtha Flor Cervera Vallejos
SECRETARIO

Rosa Jeuna Diaz Manchay
VOCAL

Mirian Elena Saavedra Covarrubia
VOCAL ASESOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre quien ha sido un gran apoyo emocional en este tiempo, brindándome soporte incondicional.

A mi hijo e hija quienes me alentaron y se convirtieron en un andamiaje para continuar con esta investigación, alentándome cuando parecía que las fuerzas decaían.

A mis docentes, quienes con sus enseñanzas forjaron los cimientos de conocimiento necesarios para el desarrollo de la investigación doctoral.

A los adultos mayores del cantón Sígsig quienes fueron parte de esta investigación permitiendo, a través de ellos, construir conocimientos.

A todos ellos, va dedicada esta tesis doctoral; sin los cuales, no habría sido posible presentar lo versado en este documento.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi Directora de tesis Doctoral, por todo su dedicación y soporte para la elaboración de este trabajo, por el reconocimiento de mis ideas y sus acertadas sugerencias en el desarrollo de la investigación las cuales han facilitado la presentación de este documento. Gracias por la fe puesta en mí y en mis capacidades. De igual manera agradezco a cada uno de mis familiares que me ha acompañado en este proceso, a todos muchas gracias.

Gracias.

Índice

RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCIÓN	09
MARCO TEÓRICO	15
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
BASE TEÓRICO CONCEPTUAL	17
Envejecimiento.....	17
Diabetes mellitus.....	18
NUTRICIÓN.....	19
ACTIVIDAD FÍSICA	20
TABACO Y ALCOHOL	20
EDUCACIÓN SOBRE DM.....	21
EMOCIONES/CONDICIÓN PSICOLÓGICA.....	21
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL MÉDICO	21
Autocuidado como constructo teórico.....	22
HIPÓTESIS	30
METODOLOGÍA	34
Tipo de investigación	34
Diseño de la Investigación	30
Población, muestra y muestreo.....	30
Criterios de selección	31
Operacionalización de variables.....	32
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	44
Procedimientos.....	45
Plan de procesamiento y análisis de datos.....	45
Consideraciones Éticas.....	46
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
Recolección de datos sociodemográficos.....	43
Medición del estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus.....	45
Medición del autocuidado en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus	53
Relación de los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus	60
Discusión	67
En relación a la “Ficha para recolección de datos sociodemográficos”	63
En relación al “Instrumento para la medición del estilo de vida en pacientes con DM”	65
En lo relacionado al Instrumento para la medición del estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus:	65

En relación al “Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM”	68
En lo relacionado al “Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM.....	70
CORRELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	71
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES:.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	86
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	87
ANEXO 3. INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN DIABÉTICOS (IMEVID).....	88
ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS	86
MATRIZ DE CONSISTENCIA	88

Considerando los riesgos asociados a padecimientos crónicos degenerativos como lo es la diabetes mellitus, en la cual se ve inmersa la población adulta mayor; se vuelve necesario aplicar estrategias de prevención y promoción de la salud, que se relacionen con sus estilos de vida y orienten su autocuidado. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus del Cantón Sígig -Ecuador, 2019. Se realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental, deductivo y de tipo correlacional, de corte transversal; la población estuvo constituida por 762 adultos mayores. La muestra tiene una prevalencia del 50%, con 5% de margen de error y un 95% de confiabilidad, contemplando una pérdida del 10%; obteniendo por medio de un muestreo aleatorizado simple de 285 personas. Los datos fueron recolectados mediante un Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) enmarcado el modelo de Nola Pender para medir estilo de vida, considerando Alpha de Cronbach de 0.81; y, otro cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus. La información fue registrada y correlacionada mediante la utilización del programa estadístico SPSS v15.0 para windows. Se realizó la medición de estilos de vida en las dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, información sobre Diabetes Mellitus, emociones y adherencia terapéutica; con resultados mayor a 70%. **Conclusión:** Se determinó estadísticamente que si hay relación significativa entre los estilos de vida y el autocuidado en los adultos mayores que padecen de Diabetes Mellitus.

Palabras clave: Estilos de vida; Autocuidado; Adulto mayor; Diabetes Mellitus.

Considering the risks associated with chronic degenerative diseases, such as diabetes mellitus, in which the elderly population is immersed, it becomes necessary to apply prevention and health promotion strategies that are related to lifestyles, and that guide the self-care of people. The objective of this study was to determine the relationship between lifestyles and self-care of the elderly with diabetes mellitus of the Sígsg Canton -Ecuador, 2019. A quantitative and non-experimental, deductive and correlational, cross-sectional study was carried out. The population consisted of 762 older adults. The sample has a prevalence of 50%, with 5% margin of error and 95% reliability, contemplating a loss of 10%; obtaining through a simple randomized sampling 285 people. Data were collected using a Lifestyle Profile Questionnaire (PEPS-I)" that follows Nola Pender's model for measuring lifestyle, has a Cronbach's Alpha of 0.81 and a questionnaire to assess self-care in older adult patients with Diabetes Mellitus; information recorded and correlated using the SPSS 15.0 statistical program for Windows. Lifestyles were measured in the dimensions: nutrition, physical activity, tobacco and alcohol consumption, information on Diabetes Mellitus, emotions and therapeutic adherence, with results greater than 70%. Conclusion: It was determined that there is a statistically significant relationship between lifestyles and self-care in older adults suffering from Diabetes Mellitus.

Keywords: It is limes of life; Self-care; Older adult; Diabetes Mellitus.

Desde la época de Florence Nightingale (1859), han surgido modelos y teorías de enfermería, las cuales permiten canalizar y agilizar la práctica del profesional; sin embargo, no todas ellas son aplicables a todos los pacientes, por lo que los profesionales de enfermería, requieren decidir entre el conocimiento teórico en función de las necesidades y las situaciones temporo/espaciales; a fin de generar una atención de calidad. (1). Los modelos actualmente en la profesión de enfermería se consideran de gran utilidad en las diferentes plataformas teóricas para identificar adecuadamente el proceso de cuidado a los pacientes. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en países en desarrollo y emergentes, los padecimientos crónico degenerativos son actualmente una de las causas de mortalidad, constituyéndose como riesgos todas las características o conductas de los individuos provocado el aumento de la probabilidad de generar una enfermedad, al considerar esto, es de gran importancia aplicar estrategias para la prevención y promoción de salud para su transformación en su estilo de vivir. (3)

En este marco, la utilización de modelos de atención de enfermería para mejorar la forma de vida; así como, el autocuidado, permitirá al paciente con Diabetes Mellitus (DM) establecer actividades que sean indispensables para poder involucrarlos en su cuidado de sí mismo y que de esta manera sean responsables de la evolución de su enfermedad y su tratamiento; bajo esta premisa, es el paciente quien tomará las decisiones sobre su condición de salud y será capaz de desarrollar acciones aprendidas y secuenciales de autocuidado, que estén direccionadas hacia las diferentes características de la vida cotidiana, para así cubrir requisitos que promuevan acciones positivas e identifiquen aquellas que pueden afectar su propio funcionamiento o desarrollo a fin de aportar a la continuidad de la vida, salud, bienestar personal y auto mantenimiento. (4)

Dorotea Orem considera que la ejecución de actividades que las personas jóvenes y adultos mayores inician y ejecutan para beneficio personal en la conservación de su vida y bienestar, corresponde al cuidado personal, autoasistencia. El autocuidado es una tarea humana que cada individuo debe aplicar de forma propositiva y premeditada para mantener su completo estado de salud y desarrollo para la vida propia, manteniendo así un plan de acción.

En este contexto, Nola J Pender en su teoría de Promoción de Salud, permite precisar el crédito en apoderarse de las decisiones y acciones que lleven a la promoción de la salud, destacando la comprensión y afectos relacionados a la conducta, considerando la percepción de sus beneficios e impedimentos. (5). Asimismo, las vivencias previas y la influencia del ambiente de los adultos mayores, para comprometerse con un mayor cuidado durante esta etapa; pueden o no potenciarse de acuerdo a las necesidades asociadas a la salud. (6)

Entendemos al autocuidado como la competencia del individuo que es capaz de regular y que debe ser aplicada de forma intencionada a fin de conservar su bienestar, desarrollo, salud y vida; por lo tanto, el conocimiento y los límites de acción del sujeto que se benefician de la profesión de enfermería como reguladora del autocuidado en adultos mayores, se enmarcan en la concepción del autocuidado, su necesidad y actividades inherentes al individuo. (7)

Cuando nos referimos al cuidado de la salud para la seguridad y apoyo de la vida humana, estamos considerando como un eje sustantivo de enfermería, por lo que, la atención integral de la persona individual, como integrante de una familia y como parte de la sociedad en todas las etapas de vida, se constituye en un fin de su labor. (8). En función de ello, Dorothea Orem plantea teorías y modelos que guían la práctica profesional; como una reflexión de su quehacer, definición y explicación de los cuidados del enfermero. (9)

La OMS (10) en el año 2016, reveló que la senescencia poblacional cada vez tiene un incremento mayor en relación con los años anteriores; es así que en el año 2015, las personas mayores de 65 años sumaban 600 millones; para el 2050 se presume existan más de 15 millones en el mundo (11). Siendo necesario que la mayor parte de países presenten sistemas de salud integrados en atención de pacientes crónicos y se vaya dejando de lado, los modelos tradicionales de redes de protección para los más vulnerables. De esta manera los sistemas de salud mundial, puedan mejorar notablemente la suficiencia funcional del adulto mayor, permitiendo más autonomía en cada una de las actividades que desarrollen cotidianamente. (10)

En la actualidad, el derecho de participación del adulto mayor es innegable y en función de ello, en el sector público y privado, se plantea mejoramiento de conocimientos relacionados a la salud y control, promoción del autocuidado; al igual que, la reducción de

factores de riesgo, generando personas en edad adulta mayor más saludables (12). Por tal razón es necesario conocer las enfermedades que aquejan a esta edad, sobre las cuales se puede aplicar estrategias y medidas de prevención y atención. Las enfermedades más frecuentes en este período son la hipertensión y diabetes, padeciéndola algo más del 50% de los mayores; la diabetes se encuentra entre una de las diez primeras razones de defunción en el mundo, la cual alcanzó los 1,6 millones en el 2016. (13)

De acuerdo al Informe Mundial de la Diabetes emitido por la OMS, ésta patología en población adulta casi se ha duplicado, llevando a la muerte a quien la adolece por el incremento de enfermedades asociadas como las cardiovasculares; de las cuales el 43% atañen a personas con edades inferiores a los 70 años, siendo superior en países de ingresos bajo y mediano. (14)

Ahora bien, es notable citar que, en el informe de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, indica que esta enfermedad tiene mayor incidencia en la vejez a nivel del continente; la cual, origina elevados costos a los individuos, familia y las naciones (15). Según un informe de esta Asociación, el 9,2% de adultos entre los 20 y 79 años viven con diabetes, existiendo alrededor de 34 millones de personas en Latinoamérica, con un crecimiento de casos esperados del 62% para el año 2045, esperando un incremento mayor en la población, siendo aún más grave al considerar que el 40% de los pacientes no toman en cuenta su estado de salud. Mientras que, la OPS indica que casi 62 millones de la población en las Américas viven con diabetes tipo 2. (16)

En el país de Ecuador, la diabetes tiene una prevalencia de 2.7%, con un incremento hasta del 10.3% para la tercera década de vida y también el 12,3% en el caso de personas que superan los 60 años y hasta el 15,2% entre los 60 a 64 años (17). Los costos económicos que implica esta patología son también relevantes, pues para el 2015 en las Américas, los gastos de salud en diabetes llegaron a los 382.6 mil millones y se prevé que aumentará a 445.6 mil millones para el 2040 (14). Este país se encuentra en el puesto 44 del ranking de Envejecimiento Global, es decir el proceso de envejecimiento de los adultos mayores se está acelerando, disminuyendo su funcionalidad y su proceso metabólico debido al estilo de vida al que están sujetos, perdiendo su autonomía y necesitando una ayuda constante de los familiares o cuidadores.

Esta situación afecta la salud pública a nivel mundial y local, implicando desembolsos económicos directos e indirectos que varían de 1.000 a 10.000 dólares anuales por paciente; sin embargo, estas cifras dependen de la localización, complicaciones y tratamiento de las mismas (18). Entre los años 2014 y 2017, la diabetes en el Ecuador fue reportada como la segunda causa de muerte, siendo entre el 2014 y 2015, la primera causa en mujeres y, la tercera entre varones en los años 2016 y 2017, año en el cual fallecieron 4895 personas (19) debido a esta enfermedad, 2289 hombres y 2606 mujeres.

En Ecuador la DM2 afecta aproximadamente al 29,18% de personas, cuyas edades comprenden entre los 20 y 79 años, manteniéndose estos datos con relación a los reportes de personas con enfermedades crónicas principalmente en países en desarrollo, representando alrededor de 4895 defunciones en el año 2017 (20). En cuanto a las causas predominantes del desarrollo de la Diabetes en el Ecuador, se encuentra que los malos hábitos vienen de la mano con el consumo de alcohol, tabaco, además de excesos en azúcares, grasas saturadas y ácidos grasos.

En Cuba, investigaciones realizadas sobre DM indican que al menos el 50% de los pacientes no practican estilos de vida saludables, debido al incumplimiento de la dieta, falta de actividad física, disminución en el control metabólico, abuso del consumo de sustancias psicotrópicas, así como, desconocimiento de su enfermedad, motivando a la realización de nuevas investigaciones que ayuden a establecer estrategias de autocuidado que pueden presentar estos pacientes en función al mantenimiento de su salud. (21)

Herrera Lían, et al. (22) realizaron un estudio a 157 pacientes con diagnóstico de DM2, procedentes de la Unidad de Atención Básica de Coomeva en Cartagena- Colombia, de los cuales el 62,4% presentan un inadecuado control metabólico, debido al mal seguimiento del tratamiento. En esta investigación la población estudiada fueron las mujeres, quienes representaron el índice más alto en la deficiencia de autocuidado, al igual que las personas con bajos recursos económicos, relacionándose directamente con los estilos de vida.

De acuerdo a la OMS (23), existe una diversidad de factores de riesgo que ocasionan serias enfermedades en la población adulto mayor, en donde las conductas de las personas inciden al incremento de la posibilidad de padecer estas patologías; razón por la cual, es imperioso conocer los estilos de vida de estas personas. El individuo en la tercera edad se

enfrenta no solamente a cambios intelectuales y físicos particulares a su etapa de vida, sino también a los relacionados con sus roles y responsabilidades sociales que precisan el reajuste de patrones habituales comportamentales del individuo.

Considerando que los adultos mayores son calificados como grupos vulnerables, para alcanzar estos objetivos, diferentes enfoques han priorizado la organización en atención a la salud y de esta manera, lograr el impacto necesario, utilizando modelos que están centrados en recuperar la salud perdida y dirigidas a la prevención y promoción de las complicaciones (12). Por lo que la promoción de la salud es fundamental, pues ayuda a mejorar la situación sanitaria de cada individuo de manera integral y en este contexto el autocuidado de la salud, está comprendido como una aplicación que el individuo decide si lo implementa o no en sus estilos de vida. (24)

Frente a lo expuesto, cabe resaltar que los estilos de vida y autocuidado de las personas adultas mayores son un tema de alta contemporaneidad, interés y trascendencia que ha sido investigado a nivel mundial, desde diferentes enfoques y concepciones teóricas; adicionalmente, la preocupación por lograr una adecuada salud en los grupos vulnerables como los adultos mayores, ha llevado a la generación de diversos modelos orientados en la recuperación de la salud perdida y prevención de posibles complicaciones. (25)

El deterioro que se presenta en la vejez se puede manifestar de diferentes formas en cada adulto mayor, ocasionando deterioros paulatinos en actividades cotidianas como su dieta, ejercicio y los mecanismos que utiliza para el afrontamiento y solución de problemas; cada persona adulta mayor vive modificaciones en sus capacidades mentales, sociales y físicas, afectando en ocasiones su percepción (26). Según OMS, los estilos de vida se vinculan con la concepción propia de la persona, contexto cultural y sistema de valores en los que se desarrolla el individuo, en función de sus objetivos, las expectativas que pueda tener y sus preocupaciones; sobre lo cual, puede influir las condiciones psíquicas, físicas, sociales y de independencia en las cuales vive el sujeto. (27)

En lo relacionado al escenario de estudio que es la comunidad de Sígsig se describe como un cantón de la región este de la provincia de Azuay del país Ecuador. Está organizado por 07 parroquias rurales, siendo la parroquia Sígsig la cabecera de este cantón. Según el censo del año 2010, el índice de desarrollo correspondió a 37.8%, siendo el más bajo de la región de influencia. Asimismo, se consideró otros indicadores de salud como

mortalidad infantil, desnutrición crónica, saneamiento básico de las viviendas, dotación de agua y brecha de recursos humanos en salud. Respecto a la alimentación de la población, se basa en el consumo de carbohidratos (harinas, papas, yucas, arroz) y en menor cantidad consumen granos, verduras y frutas. El hábito más frecuente es el consumo de alcohol y es utilizado en reuniones sociales, mingas o encuentros. A esto se agrega que como toda comunidad conserva sus mitos, creencias y costumbres propias de la zona, lo que influye en la salud de la población.

En este sentido, los adultos mayores del cantón Sígsig no están exentos de presentar esta problemática; a lo que se suma sus estilos de vida poco saludables y autocuidado inadecuado, generando efectos adversos asociados a la patología antes mencionada; además, corresponden a uno de los grupos poblacionales más vulnerables. Se resalta también la falta de profundización y conocimiento por parte de la sociedad en general, sobre modelos que permitan prevenir factores de riesgo que conlleven a enfermedades.

Esta investigación es importante porque evidencia que las personas adultas mayores con Diabetes Mellitus, a pesar de estar informadas sobre su problema de salud, incurren en los malos hábitos relacionados con la alimentación, actividad física, alcoholismo, tabaquismo, estado emocional, lo cual demuestra el insuficiente conocimiento sobre la importancia del autocuidado y es relevante porque de los resultados obtenidos, se puede sugerir la implementación de un programa educativo en la comunidad de Sígsig, dirigido a las personas con diabetes, ya que el acto de cuidar implica la necesidad de enseñar y que solo aquel que aprenda a cuidarse con el apoyo de su familia, podrá alcanzar una buena calidad de vida. Igualmente, los resultados de este estudio serán considerados como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con la temática seleccionada.

Por todo lo expuesto se plantea como interrogante ¿Cuáles son los estilos de vida relacionados con autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus? Cantón Sígsig-Ecuador.2019?

En la investigación se planteó como objetivo general, determinar la relación entre estilos de vida relacionados con autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig-Ecuador. 2019 y como Objetivos Específicos: Identificar los estilos de vida del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig -Ecuador. 2019; Identificar el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig -Ecuador. 2019 y

Relacionar los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus desde las teorías de Nola Pender y Dorothea Orem. Cantón Sígsig-Ecuador, 2019.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En México (2018) se desarrolló una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, transversal, a 35 adultos mayores que subsisten con DM2, pacientes y beneficiarios del área de consulta externa del Centro Especializado de Atención Primaria (CEAPS), del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM); seleccionándose a cuyas edades eran mayores a los sesenta años, que presenten un diagnóstico confirmado de DM2, tanto hombres como mujeres, con o sin complicaciones a la vez los autores detallan que no se consideró a personas con discapacidad auditiva, visual y por falta de una comunicación asertiva, segura, positiva no firmó el consentimiento. Para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos se empleó el Instrumento (IMEVID). Además, se recolectó datos biológicos y socioeconómicos mediante un cuestionario diseñado a propósito con intención de aplicar en la antropometría (peso y talla), utilizando una báscula mecánica con estadímetro, con el objetivo y finalidad de establecer el Índice de Masa Corporal (IMC). Este estudio es pertinente considerando la utilización de instrumento que mide el estilo de vida. (28)

En Cuba (2017) una investigación de tipo retrospectiva, descriptivo y observacional, comprendida entre Dic 2016 y Ene 2017, en individuos adultos diagnosticados de Diabetes Mellitus, en el CMF No. 14 del Consejo Popular Yara Sur, del municipio Yara. Del universo de 78 pacientes, utilizando muestreo probabilístico de aleatorización simple, se estableció una muestra de 41 pacientes que corresponde al 53%; cuyo estilo de vida fue considerado de riesgo en función a su alimentación, hábitos tóxicos y débil actividad física¹⁴. Esta investigación es pertinente a la presente investigación por las variables de estudio y considerando específicamente personas adultas mayores con DM. (29)

En Colombia entre los meses octubre y diciembre 2014, se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte trasversal, teniendo como sujetos de estudio a personas adultas mayores usuarias del programa Centro día- vida del Centro Integral

Comunitario de la Comuna Ocho, que se encuentra en el barrio La Cima de Ibaué, la cual fue publicada en el año 2017, del universo de 170 adultos mayores de 65 años que acuden a esta casa de salud se obtuvo una muestra de 88 individuos aplicando una encuesta adaptada por las autoras y docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de Tolima carrera de enfermería “Evaluación de la Capacidad de Percepción de Autocuidado del Adulto mayor (TEST DE CYPAC-Am)”, como resultado en este proceso se obtuvo que los individuos adultos mayores en relación al autocuidado presentaron una capacidad y percepción adecuadas en: hábitos tóxicos, alimentación, actividad física, adicciones y medicación, determinando como aporte investigativo que para el desarrollo la obesidad es un factor predisponente y complicaciones de las ECNT en el adulto mayor. (30)

Otra investigación realizada en México en el año 2015, que fue un estudio descriptivo correlacional, con una muestra que estuvo constituida por 63 mujeres y 46 hombres adultos mayores, en los cuales se utilizó el resumen de las actividades de autocuidado en DM, para lo cual se aplicó estadística descriptiva, U de Mann-Whitney y diferencia de proporciones; resultando principalmente que en DT2 el promedio asociado al tiempo de diagnóstico fue de 12,24 (± 9.9) años, de los cuales refirieron alguna complicación propia de esta patología el 31,2%, siendo la más común la retinopatía con el 22,9%; presentan prácticas de autocuidado el 33,0%, asociado al cuidado de pies y consumo de medicamentos la de mayor frecuencia, presentando un incremento en hombres que en mujeres con una diferencia del 28,6% y 39,1% respectivamente ($p > 0,05$). Los individuos se encontraban entre las edades de 60 y 69 (34,9%) tienen mayores prácticas de autocuidado que quienes son mayor a los 70 años (30,4%) ($p > 0,05$); concluyendo que en esta población las prácticas asociadas al autocuidado fueron pobres pese a su patología, dando mayor relevancia el cuidado de pies y la ingesta de medicamentos. (31)

En otro estudio realizado en México año 2017, se estableció la relación entre la calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado, utilizando un método descriptivo, correlacional de tipo transversal, considerando como variables la calidad de vida, autocuidado y dependencia. Se aplicó el cuestionario SF-36 de calidad de vida, la Escala de capacidades de autocuidado y la Escala de Barthel, a 116 individuos mayores de 65 años que asistieron instancia de salud a una consulta. Se tuvo como resultado que el 24% consideran buena a su salud y el 56% regular aspectos que

hacen relación a la dimensión física en función de la calidad de vida percibida; presentan independencia en la realización diaria de actividades el 80,2% y dependencia leve el 19,8%. En relación a la apreciación general del autocuidado se tienen buena capacidad del 22,4% frente a un 76,6% que presentan buena capacidad ²⁵.

BASE TEÓRICO CONCEPTUAL

Envejecimiento

El envejecimiento se considera un proceso natural en la población que es irreversible y trae consigo la pérdida de funciones, cambios en el ser humano; además, de complicaciones físicas y mentales que forman parte del paso del tiempo en la vida. Estas afecciones hacen que el ser humano ya no pueda realizar actividad física frecuente, cambie su estilo de vida y mejore sus hábitos alimenticios y tenga un control mayor sobre su estado de salud. (18)

A nivel mundial la población envejece rápidamente, en proyección de los individuos mayores de 60 años entre el año 2015 y el 2050, pasará de novecientos millones hasta dos mil millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. De aquí que la DM pasará a ser una patología de estatus crónico, que se solventa por su curación o por el deceso de la persona; acrecentándose los aspectos económicos, sociales y psicológicos de una morbilidad creciente y descendente mortalidad en esta población. (18)

El desarrollo del envejecimiento es irreversible, se genera de forma gradual, natural y continua; el cual presenta modificaciones a nivel biopsicosocial determinado por aspectos culturales, condiciones socioeconómicas y por la historia misma de los sujetos, por lo que, el envejecimiento es diferente en relación a cada persona; sin embargo, prevalecen aspectos determinantes del envejecimiento los cuales consisten en la edad física del individuo, su edad psicológica y la edad social. (18)(5), los mismos que se detallan a continuación:

- *La edad física:* depende del sexo, la alimentación, la actividad que desarrolle el individuo, el lugar de residencia, factores emocionales, culturales y de la economía; todas asociadas las variaciones de tipo biológico y físico.
- *La edad psicológica:* modificaciones en los pensamientos, aspectos sentimentales y emocionales; así como, en la acepción individual de la propia vejez, a los cuales se suma modificaciones en el aprendizaje o en la memoria.

- *La edad social:* varía en función de sector humano en el cual se desarrolla el individuo, determinados por las organizaciones sociales y culturales que le corresponden a su propia historia, sumado a variaciones biológicas, políticas, culturales, económicas y tecnológicas; que han llevado a la transformación de la salud y de la enfermedad de forma continua, en la cual la exposición actual y previa a los riesgos que aumentan de la DM, siendo las medidas paliativas las que lleven a disminuir la mortalidad de esta población. (4), (32)

Durante esta etapa de envejecimiento, estas enfermedades crónico degenerativas, tienen un mayor alcance en el adulto mayor, cuya población está en aumento; incrementando costos económicos y sociales; por lo que, al determinar su prevalencia y factores de riesgo ya implica el primer paso para el control y prevención, generando mejores beneficios de intervención; dirigiendo a la población que requiera este beneficio y evitando intervenciones innecesarias; por lo que, establecer los factores de riesgo y prevalencia y la prevalencia permite determinar la morbilidad y mortalidad, calcular el recurso material y humano y, aplicar planes asociados a la intervención, asimismo a la promoción y prevención de la salud, (14)

En base a la revisión de literatura y los resultados expuestos por varios autores es posible identificar que el envejecimiento es una condición del ser humano que conforme avanza en edad cronológica, hace que cada individuo dependiendo de su estilo de vida al llegar a la etapa adulta mayor pierda funcionalidades de sus órganos y capacidades mentales, que traen consigo limitaciones en diversas actividades y cumplimiento de rutinas de su día a día; lastimosamente todo este proceso es irreversible por lo que un mal estilo de vida en la etapa adulta puede provocar un mayor índice de contraer enfermedades en la etapa adulta mayor, y de ser el caso aún se vuelve indispensable el autocuidado sobre las enfermedades como la diabetes mellitus que puede afectar gravemente.

Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus se considera como una patología crónica multicausal que se caracteriza por irregularidades de tipo metabólico, en la cual la insulina producida por el páncreas que se requiere para la producción de los estados normales de azúcar es inhibida. La sintomatología no se desarrolla al inicio de la DM, detectándose generalmente cuando ésta ha avanzado presentando poliuria, polifagia y polidipsia; con complicaciones como el pie diabético ceguera o el daño renal, convirtiéndola en una epidemia; pues, desde 1995

hasta la actualidad los individuos con DM se han triplicado, de acuerdo a la OMS (33). Esta enfermedad se clasifica en:

- *Diabetes mellitus tipo 1*: se considera como una patología autoinmune en la que el sistema inmunitario arremete por error y destruye células β del páncreas, complicando la salud de forma progresiva lo que disminuye la probabilidad de vida a largo plazo. (34)
- *Diabetes mellitus tipo 2*: una de las características de esta patología son los niveles altos de glucosa en el torrente sanguíneo y constituye casi el 95% de los casos; regularmente, su desarrollo es lento, siendo la obesidad y sobrepeso las que entorpecen el correcto uso de insulina. (35)

Un aspecto importante son los factores de riesgo para la Diabetes, y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al factor de riesgo (FR) a “todo rasgo, exposición o característica de una persona que aumentaría la posibilidad de lesión o enfermedad. (36). Para Rodríguez, et al (37), estos factores incrementan la posibilidad de tener una enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), las cuales pueden ser de larga duración, progresividad e incurabilidad; por lo que, su tratamiento y monitoreo terminan incrementándose por largos años; determinando -en términos de mortalidad y morbilidad- a las enfermedades cardiovasculares como las principales.

Según Aguiar et al (38), la enfermedad de Diabetes Mellitus 2, la define como una combinación de factores ambientales y genéticos; siendo los primeros modificables e incluyen los siguientes: relacionados al clima, geografía y demografía; de tipo socioeconómico, de la dieta diaria y actividad física; la ingesta de alcohol y consumo de tabaco. Mientras que, los genéticos están constituidos por la étnica, antecedentes familiares con diabetes y diabetes gestacional; por lo que, identificarla tempranamente e intervenir en los factores de riesgo; al igual que en el adecuado y temprano diagnóstico pueden tener efectos benéficos en su detención en grupos de riesgo y la prevención en personas aparentemente sanas o de riesgo. (39)

Teniendo en cuenta los factores que influyen en los estilos de vida del paciente diabético, es importante desarrollar los siguientes conceptos:

NUTRICIÓN.

Es importante tener en cuenta que todo paciente con diabetes, debe mantener una dieta equilibrada para mejor su salud. Los trabajadores de la salud deben establecer un plan de

alimentación con la cantidad correcta de nutrientes y calorías, de esta manera se puede lograr un peso razonable y un control metabólico óptimo. Las características de una dieta en el paciente con diabetes deben ser las siguientes: ser de carácter personal para cada paciente según su forma y modo de vida; ser fraccionada de cinco a diez comidas, se consumirá en mínimas cantidades tanto la sal o la azúcar, los síntomas de hiperglucemia pueden incluir la sed excesiva o tener la boca seca, sentirse débil o cansado, ante estos síntomas se educa en no consumir productos ultraprocesados y productos elaborados con harinas integrales (40).

Los trabajadores de la salud deben establecer un plan de alimentación con la cantidad correcta de nutrientes y calorías, de esta manera se puede lograr un peso razonable y un control metabólico óptimo.

ACTIVIDAD FÍSICA

Se ha determinado que los pacientes con diabetes deben practicar caminar 5 minutos al día teniendo en cuenta su historial médico, ya que se ha demostrado que este hábito tiene efectos preventivos y curativos, controla los niveles de azúcar, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, perder 10% del peso mejora los niveles de glucosa en sangre y baja la presión arterial. En este sentido, el ejercicio humano, el movimiento y la actividad física con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida permite su desarrollo y mantenimiento de funciones. Crea muchos beneficios para mantener tu salud y mejorar tu condición física.

El ejercicio físico, como las caminatas es un núcleo primordial en el tratamiento de la diabetes debido a que podemos disminuir los niveles de azúcar en sangre, el ejercicio aumenta la captación de glucosa por los músculos y mejora el metabolismo de la insulina; mejoría en general de la presión arterial y función cardíaca; evita la ansiedad, la depresión y el estrés, incrementa la fuerza y elasticidad corporal, contribuye a mejorarla imagen corporal, la sensación de confort, bienestar y calidad de vida de la persona. (40)

TABACO Y ALCOHOL

El tabaquismo y el consumo de alcohol aumentan el riesgo de enfermedades vasculares, cerebrales, coronarias y periféricas en personas con diabetes. Además, las bebidas alcohólicas contienen un alto porcentaje de azúcar, lo que puede aumentar los

niveles de glucosa, también contienen muchas calorías, por lo que favorecen el aumento de peso. (40)

EDUCACIÓN SOBRE DM

Es fundamental que el paciente con diabetes mellitus deba poseer conocimientos de esta enfermedad metabólica crónica y de los estilos de vida que tiene que llevar y aplicarlos, caso contrario hasta el mejor tratamiento puede fallar. El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad, los elementos que se deben incluir para alcanzar buenos resultados en los tratamientos son: Elaborar un plan comunicativo en salud que incluya el control de la enfermedad y una dieta balanceada basada en el cuidado de las comidas que se consumen.

Cuando un diabético conoce sobre su enfermedad se le da la oportunidad de acceder al conocimiento adecuado que permite mayor atención del paciente en el cuidado de su enfermedad, promoviendo el autocuidado y buenas practicas en su vida que le inducen a un buen estilo de vida. (40)

EMOCIONES/CONDICIÓN PSICOLÓGICA

Las condiciones psicológicas como el estado de ánimo, el estrés, la depresión, el cansancio mental, etc., pueden generar obstáculos y desinterés por un buen estilo de vida, y los diabéticos necesitan adaptarse a él. El estilo de vida, ya sea de campo, familiar, personal, la inestabilidad emocional a menudo conduce a paciente a niveles muy altos de depresión, por lo que el paciente debe contar con el apoyo de la familia para poder sobrellevar mejor los acontecimientos. tu forma de vida.

El manejo del estrés, es la acción que realiza la persona de controlar y disminuir la tensión que se presenta en diversas situaciones que pueden ser consideradas difíciles o inmanejable, para sobrellevar la presión del estrés.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL MÉDICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, la persistencia a lo largo del tiempo. La adherencia es cómo un paciente sigue las recomendaciones de su médico para la terapia

farmacológica y no farmacológica. Manejando la insulina, la dieta, el ejercicio y el autocuidado, los pacientes necesitan entender su enfermedad para tener un buen estilo de vida y cuidarse.

La adherencia comprende acciones complejas de autocuidado como resultado de recibir consejos sobre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos relacionados con cambios en el estilo de vida. Para su éxito, se necesita razonamiento cognitivo y procesos de toma de decisiones. (40)

Autocuidado como constructo teórico

La palabra *cuidar* de acuerdo a la Real Academia de la Lengua tiene varios significados que, para el presente documento, se tomará el de "mirar por la propia salud [...] asistir, guardar, conservar". Desde su etimología *cuidar* viene del latín y significa cura lo que es un aspecto netamente humano e implica un enlace de amor, de prevención; estar pendiente de los signos del que se cuida, interpretarlos y mantenerse junto a él para atenderlo según su necesidad. Mientras que Collière define el cuidado como un hecho de la vida, que se ve representado por la forma misma de mantenerla y conservarla permitiendo su continuidad y reproducción; en la que se toma en cuenta las dimensiones sociales, siendo, por tanto, de competencia social. (41)

Sin embargo, al referirse al cuidado de una persona la definición se amplía, pues, el acto de cuidar involucra aspectos comportamentales que tienen su base en el interés, afecto, compromiso personal, compasión, ser cuidadoso y cuidar los detalles, preocupación, sensibilidad frente a las situaciones del otro, cariño, escuchar y prestar atención. Frente a lo cual la Organización Panamericana de la Salud (15), precisa al autocuidado permitiendo a través de una herramienta eficiente y efectiva que ayudará a promover, conservar y restaurar la salud, el cual debe ser considerado a nivel colectivo como individual. Definición que involucra el cuidado personal como una responsabilidad del sujeto y del grupo social en función de la conservación de la salud y las actividades necesarias para preservarla. (42)

Dorothea E. Orem, reveló su modelo de enfermería de autocuidado y se refirió al trabajo de otros autores que han contribuido a la base teórica de la enfermería, incluidos Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson, Imogene King Levine,

Florence Nightingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, la hermana Callista Roy y Virginia Wiedenbach. Este teórico presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general que incluye tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas.

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969. Además, estableció la teoría de la escasez de autocuidado como un modelo general que incluye tres teorías que pueden relacionarse entre sí.

En este sentido, Orem establece la “*Teoría del déficit de autocuidado*” la plantea como un trío de teorías interrelacionadas; la primera, *Teoría de autocuidado* (43), en la cual expone cómo y por qué el individuo cuida de sí mismo; la segunda, *teoría del déficit de autocuidado*, en la cual plantea la manera en la que la enfermera es capaz de ayudar al ser humano; la tercera, *teoría de los sistemas de enfermería* que expresa relaciones y las acciones de enfermería de forma que saticen las necesidades de autocuidado. (44)

También los conceptos del metaparadigma de Dorotea establece 3 enunciados persona, enfermería, entorno y salud.”; a la *persona*, la concibe desde que un individuo que razona, piensa y tiene una construcción biológica; quien tienen la aptitud de la autoreflexión y el análisis de su entorno, puede representar sus experiencias, así como, utilizar palabras para interiorizar sus pensamientos, comunicarlos y dirigir las acciones que son benéficas para sí o para los demás; por otra parte, define al *cuidado de enfermería* a fin de apoyar al ser humano a realizar y mantener actividades de autocuidado en pro de su vida y salud, así como, la recuperación y afrontamiento de una enfermedad y sus secuelas; mientras que, al *entorno* lo describe como todos los agentes medio ambientales, personales, de la familia, sociedad o comunidad que influyen en el individuo; finalmente, a la *salud* la describe como un estado con diversos significados personales, la cual cambia conforme las características personas –humanas y biológicas– se modifican. (28)

Dorothea Orem expone su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como holística constituida por la triada de: teoría de autocuidado, del déficit del cuidado y de sistemas de enfermería; la primera, define la razón por la que una persona cuida de sí misma y cómo lo realiza; la segunda, se relaciona al cómo una enfermera puede llegar a dar apoyo a las personas y; la tercera, que detalla cuáles son las relaciones que se debe mantener en este proceso⁶.

Del mismo modo, para Orem el individuo es un organismo biológico, racional y pensante; el cual es capaz de generar reflexión de sí y de su ambiente, es capaz de generar una relación simbólica de sus experiencias y usar sus simbolismos para producir pensamientos y, desde ellos, comunicarse con el otro y orientar sus actividades para su beneficio personal y comunitario; a los cuidados de enfermería, los define como la acción de apoyo al ser humano con el fin de que este desarrolle y mantenga actividades propias de cuidado con mira a la preservación de su salud y vida, a través de la recuperación de su enfermedad y el enfrentamiento de los efectos que ésta pudo generar (44). En cuanto al entorno se considera todos los “factores físicos, químicos biológicos y sociales” los cuales pueden venir del entorno familiar o de la comunidad y que por su interacción pueden llegar a influir en el individuo; por último, Orem considera a la salud como un estado multiconceptual a nivel individual, cuya definición puede cambiar en función de la modificación de las características biológicas y humanas del ser humano. (6)

La aplicación de esta teoría, requiere el manejo de los siguientes criterios:

Autocuidado: Es aprendida y se dirige hacia un determinado objetivo, se puede producir en situaciones específicas con el fin de direccionar aquello que afecta al individuo o su medio hacia un aspecto benéfico para su salud y bienestar, e incluye los siguientes requisitos.

- *Del autocuidado universal:* son comunes en todas las personas en los cuales se encuentra conservación del aire, agua, deshecho, descanso y actividad, interacción social y soledad; así como, el prevenir los riesgos y el intercambio de la actividad del individuo y expresan en los siguientes. (44)
- *Del Desarrollo:* En la niñez, adolescencia, adultez y vejez, se desarrollan aspectos que generan aspectos necesarios para el desarrollo de la maduración, previniendo o aplacando circunstancias que afectan las condiciones de vida en el proceso evolutivo.
- *De desviación de la salud:* se generan o asocia con la condición propia de la salud.
- *De Autocuidado:* Se relacionan con aquellas necesarias o válidas en cuanto a que regulan el desarrollo y funcionamiento del ser humano, ocupándose de forma intencional del propio cuidado; aquí se identifican tres requisitos los de carácter universal, los asociados al desarrollo y distorsión de la salud.
- *De la demanda terapéutica de autocuidado:* Se relaciona al conglomerado de acciones de autocuidado que necesita el ser humano, en un espacio y tiempo

específico, que lleven a satisfacer sus necesidades en el contexto y momento específico.

- *De la agencia de autocuidado:* Se refiere a la aptitud del individuo que se encuentra en edad adolescente o edad adulta y que le permite diferenciar aspectos que requieren control o tratamiento para un adecuado funcionamiento y desenvolvimiento, y que le permite decidir aquello que debe hacer en función de sus posibilidades para regular y exponer el auto cuidado terapéutico y solventar sus necesidades de autocuidado en el transcurso del tiempo.
- *Del déficit de autocuidado:* Cuando las destrezas individuales de autocuidado se encuentran por debajo lo que se necesita para la satisfacción de sus demandas.
- *De la agencia de enfermería:* Se relaciona a las capacidades enfermeras que permiten identificar y apoyar as ser humano para cubrir las necesidades de autocuidado terapéutico o identificar los requerimientos de éste, a fin de que el individuo los llegue a cubrir por sí solo; así como ayudar en la regulación de la puesta en práctica y progreso del autocuidado o del cuidado dependiente.
- *Del sistema de enfermería:* Indica cómo contribuye la enfermería para la superación del déficit y autocuidado. Aquí el enfermero analiza la capacidad personal y comunitaria, los cuales comprenden la atención, razonamiento, toma de decisiones, adquisición y operativización del conocimiento a fin de ordenar actividades de autocuidado y cumplimiento de objetivos, uso de habilidades diarias y nivel motivacional. (44)

De aquí que se plantea lo siguientes sistemas de enfermería:

- *Totalmente compensatorio:* En el que el profesional de enfermería reemplaza al individuo.
- *Parcialmente compensatorio:* El profesional de enfermería, por condiciones de salud o por otras de carácter individual de la persona, realiza actuaciones de su cuidado personal que la persona no es capaz realizar.
- *De apoyo - educación:* Aquí la enfermera apoya a la persona a ser capaz de ejecutar sus actividades de autocuidado. Pues, de acuerdo con Orem el fin del enfermero es apoyar a la persona a realizar y mantener su autocuidado en la conservación de la salud y vida, reestablecerse de una dolencia y/o confronta los efectos de una patología, pues debe actuar ayudando, amortizando el deterioro, enseñando, guiando,

apoyando y proporcionando un ambiente óptimo. (44)

Para Orem un metaparadigma de enfermería corresponde a un conglomerado de criterios generales que permiten identificar las manifestaciones particulares que le interesa a una determinada disciplina, al igual que las propuestas generales de sus relaciones. las cuales se fijan de forma abstracta. Metaparadigma que constituye el primer nivel del cuidado enfermero, constituye “la estructura más abstracta y global”, agrupó los criterios de persona, entorno, salud y enfermería; además, proporciona significado a la enfermería

Persona: Todo individuo es un todo, comprende tanto aspecto biológico, racionales y del pensamiento; por lo tanto, es dinámico e integral; capaz de auto reconocerse, utilizar sus ideas, las palabras y simbologías para expresar sus pensamientos y poder transmitir y dirigir sus acciones, analizar su existencia y efectos colaterales en la ejecución del autocuidado.

Salud: Su significado varía en función de la persona, el cual incluye integridad funcional, estructural y física; falta de deterioro personal; desarrollo humano íntegro y progresivo; por lo tanto, es considerada desde el bienestar percibido por el individuo.

Enfermería: Este servicio se realiza cuando el individuo no es capaz de cuidarse por sí mismo a fin de conservar la salud, vida y bienestar; para ello, se facilita al individuo y grupo asistencia en autocuidado de acuerdo a sus necesidades en función de sus incapacidades. (46)

Varios autores (47), entre ellas Dorothea Orem, concuerdan en reconocer que sobre las decisiones personales influyen factores externos para emprender el autocuidado y su capacidad de ejecución, conocerlos le permitirá al enfermero encaminar sus cuidados hacia el apoyo del individuo y establecer tareas de autocuidado en el mantenimiento de la salud y la vida, recuperarse de su patología enfrentando las consecuencias que esta pueda tener, desde una perspectiva biopsicosocial. (48)

Se considera que la salud es el completo bienestar que estableciendo la integridad funcional y estructural que se puede conseguir por diferentes estrategias universales denominadas autocuidado. Por su lado el autocuidado responde a toda acción humana que cubre una necesidad pensada en la mantención de calidad de vida, bienestar y la salud, acciones que son premeditadas y aprendidas; en caso de que el individuo no las

pueda llevar a cabo por sí solo se genera una situación de dependencia de los autocuidados.

En este contexto, se contrasta también con el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es extensamente utilizado por profesionales de enfermería, debido a que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y, a su vez, guía hacia la generación de comportamientos saludables (49). Se considera el estudio de los Estilos de Vida primordiales que el adulto mayor lleva en su diario vivir como antecedente y cómo éste influye de manera positiva en la salud física y mental de los pacientes (50), así tenemos:

a. Nutrición

Con frecuencia, una nutrición balanceada afecta positivamente el estado de salud y la calidad de vida del adulto mayor. Esto es básico para ellos debido a los inevitables cambios relacionados con la edad y las necesidades nutricionales que necesitan para tener una calidad de vida apropiada. No existen en su totalidad alimentos que puedan completamente satisfacer todas las necesidades nutricionales; por ello, es necesario aprender a distribuir diferentes tipos de alimentos para poder proporcionar al organismo la cantidad correcta de ingesta nutricional por día. La dieta perfecta para estas personas es como el resto de adultos, básicamente necesita de tres comidas principales al día y adicionalmente dos ligeras; los errores más comunes en cuanto al cuidado nutricional de un adulto mayor es el elevado consumo queso, carne roja en abundancia, demasiados dulces, alimentos altamente procesados y el consumo de alcohol.

b. Mente sana

Las personas necesitan saber cómo mantener una mente sana a medida que envejecen, ya que es fundamental para poder realizar todo tipo de tareas diarias con normalidad. Actividades como ir de compras, consultar el correo, conducir, ir al médico, tomar medicamentos, son fundamentales para el autocontrol del anciano y requieren un estado de ánimo sano y ágil. La conciencia mental juega un papel importante cuando se trata de empoderar a los adultos mayores y hacerlos sentir lo más productivos, independientes y activos posible.

Tener una mente sana establece tener agilidad en hablar y leer, facilidad para recoger

nuevos conocimientos, buena capacidad para la retención de memoria, menor probabilidad de sufrir depresión y ansiedad, capacidad mejorada para conocer gente, entre otras; todo lo cual se logra a través del entrenamiento continuo, actividades creativas y recreativas, dibujar, pintar, cantar, escribir... actividades que ayudan a la mente a permanecer activa, reduciendo así la pérdida neuronal; los beneficios que conllevan tener una mente sana son innumerables: mejor estado de ánimo, comprensión del mundo circundante de forma más clara, aumento de la socialización e interacción humana, mejor autoestima y ante todo el poder ser independientes ante la sociedad. (51)

c. Actividad física

Cualquier movimiento del cuerpo que logre trabajar músculos y requiera de más energía que descanso, se le conoce como una actividad física; caminar, correr, nadar, bailar, practicar jardinería, Yoga, Taichi son algunos ejemplos ello; para poder mantenerse saludable, los adultos mayores deben tratar de ser activos a diario y lograr al menos 150 minutos de actividad física (actividad aeróbica y de fortalecimiento muscular) durante una semana a través de actividades variadas, según la OMS.

d. Socializar

Según el Instituto de Investigación de Harvard (52), los adultos mayores son socialmente activos, extienden sus vidas y mejoran el disfrutar de la vida durante años, aumentando su esperanza de vida; es por ello, que es altamente necesaria la sociabilidad e interacción humana para aumentar la sensación de utilidad y pertenencia al contexto social en el que se mueven; sin embargo, el estudio revela que, para muchos adultos mayores, la pérdida de amistades y relaciones a lo largo del tiempo puede conducir al aislamiento o la soledad, situación que afecta seriamente su bienestar físico y emocional.

Los beneficios claves para llegar a tener una socialización positiva en los adultos mayores son: tener sentido de propósito y sentimientos de pertenencia dentro de la sociedad, aumento de la autoestima y la confianza, sentirse útil y necesario a menudo hace una gran diferencia en la vida de cualquier persona, independientemente de su edad, tener varios círculos de amigos y familia, mantenerse en contacto con familiares por teléfono, correos electrónicos y reuniones presenciales, participar en voluntariados, entre otros.

En este sentido Nola Pender creadora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS),

considera que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de N.T. Feather; la primera, considera que los procesos cognitivos modifican la conducta e incorpora algunos aspectos de aprendizaje cognitivo y conductual, además, reconoce que los factores psicológicos influyen en el comportamiento de las personas; la segunda, considera que la conducta es racional, el componente motivacional es clave para conseguir un logro es la intencionalidad, por ende, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. (53)

Como tal, el modelo de promoción de la salud de Pender es un modelo utilizado en el rol de enfermería para analizar con sensatez la naturaleza multidimensional de la interacción entre las personas, el entorno físico y la búsqueda de la salud. Proporciona una guía para explorar los procesos psicosociales que influyen en las personas para implementar métodos para mejorar su salud.

De acuerdo con Raile el modelo postula la importancia de los procesos cognitivos en los cambios de comportamiento y añade variables del aprendizaje cognitivo y conductual, poniendo énfasis en los factores psicológicos y conductas de las personas, señalando cuatro aspectos importantes para modelar el comportamiento:

- Atención: estar expectante ante lo que sucede
- Retención: recordar lo que el individuo ha observado
- Reproducción: habilidad para reproducir la conducta
- Motivación: razón para adoptar la conducta

- Hi: Si existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus. Cantón Sígsig – Ecuador, 2019.
- Ho: No existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus. Cantón Sígsig – Ecuador, 2019.

METODOLOGÍA**Tipo de investigación**

Esta investigación mide los estilos de vida y autocuidado en los adultos mayores con DM del cantón Sígsig, en un determinado contexto, analizándolas por medio de métodos estadísticos en función de las cuales se extraen las conclusiones; a partir de ello se aceptan o rechazan las hipótesis. El presente estudio responde a un modelo cuantitativo no experimental, con proceso deductivo, de tipo correlacional de corte transversal.

Diseño de la Investigación

Esta investigación analizó los estilos de vida de los adultos mayores y su autocuidado con DM del cantón Sígsig, en un punto del tiempo determinado, ubicando la relación de sus variables y recolección de datos en un momento específico por lo que corresponde a un diseño transversal; a su vez, no se manipuló intencionalmente las variables sino se observa su relación tal como se da en el contexto natural por lo que es no experimental; finalmente, describió la relación entre las variables en un momento determinado a fin de evaluar sus vinculaciones, motivo por el cual, responde a un diseño correlacional; definiéndose la presente investigación como: cuantitativa, deductiva, de tipo no experimental, de diseño transversal, correlacional.

Población, muestra y muestreo

La presente investigación buscó caracterizar los estilos de vida y conductas nutricionales de los adultos mayores adscritos a la Parroquia San Bartolomé del cantón Sígsig, tomando en consideración aquellos que constituirán un riesgo para la salud para la generación futura de enfermedades crónicas como la diabetes. La población de estudio la constituyeron personas adultas mayores de ambos sexos; es decir, quienes superaron los 65 años, cuyo universo de estudio correspondió a 762 adultos mayores, según el último censo reportado del INEC 2010.

Para la muestra se tomó en cuenta una prevalencia del 50% por no encontrar estudios similares realizados en esta población acerca del estilo de vida, identificando un margen de error de 5% con un índice de confiabilidad del 95%, de igual manera se contempló el 10% de pérdida, obteniendo 285 personas adultas mayores como muestra de estudio de la parroquia el Sígsig.

El tipo de muestreo fue aleatorizado simple, para esto se revisó los registros clínicos de las personas adultas mayores de 65 años del Centro de Salud del Sígsig para poder ubicar a los pacientes, se ingresó a una base de datos del programa EPIDAT, el cual al azar sorteó a los pacientes que probablemente serían los participantes del estudio, posterior a esto se socializó el proyecto de investigación a las individuos mayores de 65 años seleccionados en el programa EPIDAT, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Pacientes adultos mayores con DM que residen en la jurisdicción de la parroquia San Bartolomé del cantón Sígsig, y que aceptaron participar de la investigación, firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con DM mayores de 65 años que presenten problemas psiquiátricos.
- Pacientes con DM mayores de 65 años que presenten problemas de comunicación.

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO	ESCALA	FUENTES DE VERIFICACIÓN	CODIFICACIÓN
Sociodemográfica	Edad	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Nominal	Encuesta	65 a 74 75 a 84 85 a más
	Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos.				Masculino Femenino
	Estado civil	Determina nivel o estado de compromiso adquirido con un tercero.				Soltero Casado Viudo /a Divorciado/a
	Nivel de estudios	Es el grado más elevado de estudios finalizados.				Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
	Zona en donde vive	Vida de un grupo de personas en una zona determinada.				Urbano Rural
	Relación de convivencia	Coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio.				Solo

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Tipo	Escala	Fuente de verificación	Indicadores	Codificación
Estilos de vida	Consiste en llevar de manera favorable la vida de todo ser humano para evitar cualquier tipo de complicación que puede afectar su bienestar.	Nutrición	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de semana
							Algunos días
							Casi nunca
						¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de semana
							Algunos días
							Casi nunca
						¿Cuántas rebanadas de pan come al día?	0 a 1
							2
							3 o mas
						¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3
							4 a 6
							7 o mas
						¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca
	Algunas veces						
	Frecuentemente						
¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca						
	Algunas veces						
	Frecuentemente						
¿Come alimentos entre comida?	Casi nunca						
	Algunas veces						
	Frecuentemente						
¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca						
	Algunas veces						
	Frecuentemente						
	Casi nunca						

						¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Algunas veces Frecuentemente
		Actividad física	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Con que frecuencia hace al menos hace ejercicio?	3 o más veces por semana 1 a 2 veces por semana Casi nunca
						¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
						¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa Trabajos en casa Ver televisión
		Consumo de tabaco	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Fuma?	No fumo Algunas veces Fumo a diario
						¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno 1 a 5 6 o mas
		Consumo de alcohol	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Bebe alcohol?	Nunca Rara vez 1 vez o más por semana
						¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Nunca Rara vez 1 vez o más por semana
						¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más 1 o 3 Ninguna

		Información sobre la diabetes	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Trata de tener información sobre la diabetes?	Casi siempre
						Algunas veces	
						Casi nunca	
		Emociones	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca
						Algunas veces	
						Algunas veces	
						¿Se siente triste?	Casi nunca
						Algunas veces	
						Casi siempre	
		Adherencia terapéutica	Cuantitativo	Nominal	Cuestionario	¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?	Casi nunca
						Algunas veces	
						Casi siempre	
						¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi nunca
						Algunas veces	
						Casi siempre	
¿Sigue dieta para diabético?	Casi nunca						
Algunas veces							
Casi siempre							
¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse insulina?	Casi nunca						
Algunas veces							
Frecuentemente							
¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre						
Algunas veces							
Casi nunca							

		Conocimientos	Autoestima	Cuantitativo	Nominal	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la diabetes mellitus	Nunca = 1				
							Casi nunca = 2				
							A veces = 3				
							Casi siempre = 4				
							Siempre = 5				
										Cuando inicio un nuevo medicamento solicito me proporcione información necesaria de la correcta administración	Nunca = 1
						Casi nunca = 2					
						A veces = 3					
						Casi siempre = 4					
						Siempre = 5					
										Considero que la cantidad máxima de azúcar que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas	Nunca = 1
						Casi nunca = 2					
						A veces = 3					
						Casi siempre = 4					
						Siempre = 5					
										Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas	Nunca = 1
						Casi nunca = 2					
						A veces = 3					
						Casi siempre = 4					
						Siempre = 5					
						Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes	Nunca = 1				
		Casi nunca = 2									
		A veces = 3									
		Casi siempre = 4									
		Siempre = 5									

						Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	Nunca = 1 Casi nunca 2 A veces = 3 Casi siempre=4 Siempre = 5
						Camino diariamente como mínimo 30 minutos	Nunca = 1 Casi nunca 2 A veces = 3 Casi siempre=4 Siempre = 5
		Motivación	Autoestima	Cuantitativo	Nominal	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad	Nunca = 1 Casi nunca 2 A veces = 3 Casi siempre=4 Siempre = 5
						Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	Nunca = 1 Casi nunca 2 A veces = 3 Casi siempre=4 Siempre = 5
						Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	Nunca = 1 Casi nunca 2 A veces = 3 Casi siempre=4 Siempre = 5
						Consumo en mi dieta comidas ricas en	Nunca = 1 Casi nunca 2

La recolección de datos se realizó en adultos mayores con DM de la Parroquia San Bartolomé del cantón Sígsig, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se recolectó la información por medio de una entrevista, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado, que permitió recolectar información de tipo sociodemográfica. Además, se utilizó un “Instrumento para medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) (54), que sigue el modelo de Nola Pender que permitió medir la variable estilos de vida y con un cuestionario que sirvió para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM. La información recolectada se registró y se correlacionó a través del programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

A fin de medir las variables estilos de vida y autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM de la parroquia San Bartolomé del cantón Sígsig-Ecuador. 2019; se utilizó los siguientes instrumentos.

- *Ficha para recolección de datos sociodemográficos*: que permitió el acopio de información relacionada a la ubicación de los que participan en el estudio en función de su: edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, zona en donde vive, relación de convivencia y jubilación; a fin de identificar información clara, precisa y comprensible de la situación social y demográfica de los encuestados (Anexo 2).
- *Instrumento para la medición del estilo de vida en paciente con DM (IMEVID)*: validado en el año 2003, que ayuda a identificar adecuadamente factores de riesgo modificables, el cual se encuentra estructurado por 25 preguntas cerradas que se distribuyen en 7 dominios: nutrición (de la pregunta 1 a la 9), actividad física (desde la pregunta 10 a la 12), consumo de tabaco (preguntas 13 y 14), consumo de alcohol (preguntas 15 y 16), información sobre DM (preguntas 17 y 18), emociones (desde la pregunta 19 a la 21) y adherencia terapéutica (desde la pregunta 22 a la 25). (54). (Anexo 3)
- *Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM*: Cuestionario que se basa en la teoría de Dorotea Orem y fue adaptado por la investigadora del “Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” (55), el cual se estructuró en escala tipo Likert, constituido por 17 preguntas que evalúan la capacidad de agencia de autocuidado y que se agrupan en tres elementos; el primero, que corresponde a las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado (de la pregunta 1 a la 3) que considera las

habilidades básicas de la persona; el segundo, que corresponde al componente de poder (de la pregunta 4 a la 7) el cual considera las habilidades que empujan a la persona a la acción del autocuidado; finalmente, la capacidad de operacionalizar el autocuidado, la cual permite a la persona indagar aspectos del medio ambiente y de sí mismo en función de su autocuidado, además de las decisiones y acciones para el manejo de la DM. (Anexo4)

Validez

Se aplicó los instrumentos de la investigación a un grupo de personas adultas mayores que no participan en el estudio, pero que tenían las mismas características de los criterios de inclusión planteados a fin de determinar la validez de contenido de los instrumentos a través del Alpha de Cronbach. Para poder aplicar la prueba piloto se solicitó la firma del consentimiento informado, en relación al Instrumento para la medición del estilo de vida en paciente con DM (IMEVID) dio un Alpha de Cronbach de 0,77; en cuanto al Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM el Alpha de Cronbach fue de 0.91.

Confiabilidad

El (IMEVID) fue validado en el año 2003 obteniendo una validez lógica y de contenido correspondiente a 0.92 y 0.94 con un Alpha de Cronbach de 0.81.

Procedimientos

En primer lugar, se solicitó la resolución del proyecto a la Escuela de Postgrado de la Universidad, para la ejecución de la investigación. En segundo lugar, se entregó comunicaciones de solicitud de permiso a los Directores Médicos, ADE Enfermería y Comité Bioético y científico de la institución y se esperó la respuesta por escrito de los establecimientos de salud. En tercer lugar, se diseñó los instrumentos del estudio. En cuarto lugar, se aplicó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad de la escala y finalmente se aplicó los instrumentos al grupo de investigación.

Plan de procesamiento y análisis de datos

Se recogió, almacenó y los datos utilizando el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se procedió al análisis de la relación de las variables en un nivel por intervalos o de razón se consideró el 95% de confianza y un 5% de margen de error, cuyo coeficiente r sea mayor a 0,50. Se aplicó la correlación de Pearson y Significancia bilateral que permite

valorar la significancia estadística en el análisis relacional de las variables Para evaluar la confiabilidad de las escalas que se aplicarán se utilizará la prueba Alpha de Cronbach.

Consideraciones Éticas

La información mantuvo absoluta confidencialidad y en ningún momento se utilizó los datos con otra finalidad desligada de la presente investigación. Con esta premisa, no se tomaron nombres de esta publicación de resultados, pues se garantizó el anonimato de quienes participaron en la investigación y, mediante el consentimiento informado que garantizó la participación voluntaria de los pacientes con total predisposición.

Se especificó que la información proporcionada, fue mantenida confidencialmente y no representó riesgo para el paciente o su familia, lo cual indicó que se aplicó el principio de Beneficencia.

Recolección de datos sociodemográficos

Tabla 1*Edad de la población*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
De 65 a 74 años	156	54,5
De 75 a 84 años	68	23,8
Más de 85 años	62	21,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 54,5% de la población se encuentra entre 65 a 74 años, el 23,8% entre los 75 a 84 años y el 21,7% tiene más de 85 años.

Tabla 2*Sexo de la población*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	89	31,1
Mujer	197	68,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 68,9% de la población es mujer y el 31,1% hombre

Tabla 3*Estado civil de la población*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casado	199	69,6
Soltero	52	18,2
Viudo	25	8,7
Divorciado	10	3,5
Total	286	100,0

Interpretación: El 69,6% de la población es casada, el 18,2% soltero, el 8,7 viudo y el 3,5 divorciado.

Tabla 4*Nivel de estudio*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	286	100,0

Interpretación: El total de la población tiene instrucción primaria.

Tabla 5*Zona donde vive*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	16	5,6
Rural	270	94,4
Total	286	100,0

Interpretación: El 94,4% de la población de estudio vive en la zona rural y el 5,6% en la urbana.

Tabla 6*Relación de convivencia: vive con*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	256	89,5
Conyugue	27	9,4
Solo	3	1,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 89,5% de la población de estudio vive con familiares, el 9,4% con el conyugue y el 1% solo

Tabla 7*Con qué frecuencia come verduras*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la semana	27	9,4
Algunos días	248	86,7
Casi nunca	11	3,8
Total	286	100,0

Interpretación: El 86,7% de la población de estudio come verduras algunos días, el 9,4% todos los días de la semana y el 3,8% casi nunca.

Tabla 8*Con qué frecuencia come frutas*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la semana	34	11,9
Algunos días	247	86,4
Casi nunca	5	1,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 86,4% de la población de estudio come frutas algunos días, el 11,9% todos los días de la semana y el 1,7% casi nunca.

Tabla 9*Cuántas piezas de pan come al día*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
0 a 1	32	11,2
2	251	87,8
3 o más	3	1,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 87,8% de la población de estudio come 2 piezas de pan al día, el 11,2% de 0 a 1 pieza y el 1% 3 o más piezas.

Tabla 10*Cuántas tortillas come al día*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
0 a 3	279	97,6
4 a 6	6	2,1
7 o más	1	0,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 97,6% de la población de estudio come de 0 a 3 tortillas al día, el 2,1% de 4 a 6 y el 0,3% 7 o más.

Tabla 11*Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	10	3,5
Algunas veces	28	9,8
Frecuentemente	248	86,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 86,7% de la población de estudio agrega azúcar a sus alimentos o bebidas frecuentemente, el 9,8% algunas veces y el 3,5% casi nunca.

Tabla 12*Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	26	9,1
Algunas veces	38	13,3
Casi siempre	222	77,6
Total	286	100,0

Interpretación: El 77,6% de la población de estudio agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo, el 13,3% algunas veces y el 9,1% casi nunca.

Tabla 13*Come alimentos entre comidas*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	30	10,5
Algunas veces	229	80,1
Frecuentemente	27	9,4
Total	286	100,0

Interpretación: El 80,1% de la población de estudio come alimentos entre comidas, el 10,5% casi nunca y el 9,4% frecuentemente.

Tabla 14*Come alimentos fuera de casa*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	213	74,5
Algunas veces	72	25,2
Frecuentemente	1	0,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 74,5% de la población de estudio casi nunca come alimentos fuera de casa, el 25,2% algunas veces y el 0,3% frecuentemente.

Tabla 15*Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	223	78,0
Algunas veces	49	17,1
Casi siempre	14	4,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 78% de la población de estudio casi nunca pide que le sirvan más, cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente; el 17,1% algunas veces y 4,9% casi siempre.

Tabla 16*Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
3 o más veces por semana	238	83,2
1 a 2 veces por semana	48	16,8
Total	286	100,0

Interpretación: El 83,2% de la población de estudio hace al menos 15 minutos de ejercicio 3 o más veces por semana; mientras que, el 16,8% lo hace 1 o 2 veces por semana.

Tabla 17*Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	249	87,1
Algunas veces	17	5,9
Casi nunca	20	7,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 87,1% de la población de estudio casi siempre se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo, el 7% casi nunca y el 5,9% algunas veces.

Tabla 18*Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Salida de casa	41	14,3
Trabajos en casa	225	78,7
Ver televisión	20	7,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 78,7% de la población de estudio con mayor frecuencia en su tiempo libre realiza trabajos en casa, el 14,3% sale de casa y el 7% ve televisión.

Tabla 19*Fuma*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
No fumo	278	97,2
Algunas veces	6	2,1
Fumo a diario	2	0,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 97,2% de la población de estudio no fuma, el 2,1% fuma algunas veces y el 0,7% fuma a diario.

Tabla 20*Cuántos cigarrillos fuma al día*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	278	97,2
1 a 5	7	2,4
6 o más	1	0,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 97,2% de la población de estudio no fuma ningún cigarrillo al día, el 2,4% fuma de 1 a 5 cigarrillos al día y el 0,3% 6 o más.

Tabla 21*Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	44	15,4
1 a 2	227	79,4
3 o más	15	5,2
Total	286	100,0

Interpretación: El 79,4% de la población toma 1 a 2 bebidas alcohólicas en cada ocasión, el 15,4% no toma ninguna bebida y el 5,2% 3 o más.

Tabla 22

A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido

Valor	Frecuencia	Porcentaje
4 o más	2	0,7
1 a 3	270	94,4
Ninguna	14	4,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 94,4% de la población ha asistido de 1 a 3 pláticas para personas con diabetes, el 4,9% a ninguna y el 0,7 a 4 o más.

Tabla 23

Trata de obtener información sobre la diabetes

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	18	6,3
Algunas veces	253	88,5
Casi nunca	15	5,2
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,5% de la población de estudio trata de obtener información sobre la diabetes algunas veces, el 6,3% casi siempre y el 5,2% casi nunca.

Tabla 24

Se enoja con facilidad

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	12	4,2
Algunas veces	252	88,1
Casi siempre	22	7,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,1% de la población de estudio algunas veces se enoja con facilidad, el 7,7% casi siempre y el 4,2% casi nunca.

Tabla 25*Se siente triste*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	23	8,0
Algunas veces	103	36,0
Casi siempre	160	55,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 55,9% de la población de estudio casi siempre se siente triste, el 36% algunas veces y el 8% casi nunca.

Tabla 26*Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	37	12,9
Algunas veces	245	85,7
Casi siempre	4	1,4
Total	286	100,0

Interpretación: El 85,7% de la población de estudio algunas veces tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro, el 12,9% casi nunca y el 1,4% casi siempre.

Tabla 27*Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	39	13,6
Algunas veces	233	81,5
Casi nunca	14	4,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 81,5% de la población de estudio algunas veces hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes, el 13,6% casi siempre y el 4,9% casi nunca.

Tabla 28*Sigue dieta para diabético*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	14	4,9
Algunas veces	18	6,3
Casi nunca	254	88,8
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,8% de la población de estudio casi nunca sigue su dieta para diabético, el 6,3% algunas veces y el 4,9% casi siempre

Tabla 29*Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	21	7,3
Algunas veces	13	4,5
Frecuentemente	252	88,1
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,1% de la población de estudio frecuentemente olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina, el 7,3% casi nunca y el 4,5% algunas veces.

Tabla 30*Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	29	10,1
Algunas veces	254	88,8
Casi nunca	3	1,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,8% de la población de estudio algunas veces sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado, el 10,1% casi siempre y el 1% nunca.

Medición del autocuidado en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus

Tabla 31*Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	0,7
Casi nunca	37	12,9
A veces	8	2,8
Casi siempre	237	82,9
Siempre	2	0,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 82,9% de la población de estudio casi siempre siente que su estado de ánimo le permite cuidarse, el 12,9% casi nunca, el 2,8% a veces y en igual porcentaje equivalente al 0,7% tanto siempre como nunca.

Tabla 32*Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	0,3
A veces	4	1,4
Casi siempre	4	1,4
Siempre	277	96,9
Total	286	100,0

Interpretación: El 96,9% de la población de estudio siempre que duerme de 6 a 8 horas diarias, se siente descansado; en igual porcentaje equivalente al 1,4% casi siempre lo siente y a veces lo siente y el 0,3% nunca.

Tabla 33*Invierto tiempo en mi propio cuidado*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
A veces	283	99,0
Casi siempre	2	0,7
Siempre	1	0,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 99% de la población de estudio a veces invierte tiempo en su propio cuidado, el 0,7% casi siempre y el 0,3% siempre.

Tabla 34*Considero importante realizar ejercicio*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	4	1,4
A veces	240	83,9
Casi Siempre	19	6,6
Siempre	23	8,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 83,9% de la población de estudio a veces considera importante realizar ejercicio, el 8% siempre lo considera, el 6,6% casi siempre y el 1,4% casi nunca.

Tabla 35*Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad*

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	2,8
Casi nunca	12	4,2
A veces	30	10,5
Casi siempre	220	76,9
Siempre	16	5,6
Total	286	100,0

Interpretación: El 76,9% de la población de estudio casi siempre busca información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, el 10,5% a veces, el 5,6% siempre, el 4,2% casi nunca y el 2,8% nunca.

Tabla 36

Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la diabetes mellitus

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2,1
Casi nunca	220	76,9
A veces	16	5,6
Casi siempre	14	4,9
Siempre	30	10,5
Total	286	100,0

Interpretación: El 76,9% de la población de estudio casi nunca considera que conoce cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamento que toma actualmente para controlar la diabetes mellitus, el 10,5% siempre lo considera, el 5,6% a veces, el 4,9% casi siempre y el 2,1% nunca.

Tabla 37

Cuando inicio un nuevo medicamento solicito me proporcione información necesaria de la correcta administración

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	5,6
Casi nunca	10	3,5
A veces	220	76,9
Casi siempre	17	5,9
Siempre	23	8,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 76,9% de la población de estudio a veces solicita le proporcionen información necesaria de la correcta administración cuando inicia un nuevo medicamento, el 8% siempre, el 5,9% casi siempre, el 5,6% nunca y el 3,5% casi nunca.

Tabla 38

Considero que la cantidad máxima de azúcar que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	1,7
Casi nunca	242	84,6
A veces	5	1,7
Casi siempre	13	4,5
Siempre	21	7,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 85,6% de la población de estudio casi nunca considera que la cantidad máxima de azúcar que puede utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas, el 7,3% siempre lo considera, el 4,5% casi siempre y en igual porcentaje equivalente al 1,7% siempre y nunca.

Tabla 39

Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	1,0
Casi nunca	5	1,7
A veces	1	0,3
Casi siempre	9	3,1
Siempre	268	93,7
Total	286	100,0

Interpretación: El 93,7% de la población de estudio reemplaza su tratamiento por terapias alternativas, el 3,1% casi siempre lo reemplaza, el 1,7% casi nunca, el 1% nunca y el 0,3% a veces.

Tabla 40

Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	1,0
A veces	6	2,1
Casi siempre	265	92,7
Siempre	12	4,2
Total	286	100,0

Interpretación: El 92,7% de la población de estudio casi siempre considera que el profesional de enfermería lo escucha y aclara sus inquietudes, el 4,2% siempre lo considera, el 2,1% a veces y el 1% nunca.

Tabla 41

Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	1,0
Casi nunca	6	2,1
A veces	7	2,4
Casi siempre	18	6,3
Siempre	252	88,1

Interpretación: El 88,1% de la población de estudio considera que siempre conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad, el 6,3% casi siempre las conoce, el 2,4% a veces, el 2,1% casi nunca y el 1% nunca.

Tabla 42

Camino diariamente como treinta minutos

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	3	1,0
A veces	10	3,5
Casi siempre	30	10,5
Siempre	243	85,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 85% de la población de estudio siempre camina diariamente como treinta minutos, el 10,5% casi siempre lo realiza, el 3,5% a veces y el 1% casi nunca.

Tabla 43

Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	15	5,2
Casi nunca	7	2,4
A veces	254	88,8
Casi siempre	7	2,4
Siempre	3	1,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,8% de la población de estudio realiza cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad, el 5,2% nunca lo realiza, en igual porcentaje equivalente al 2,4% casi nunca y casi siempre, y el 1% siempre.

Tabla 44

Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	3,5
Casi nunca	17	5,9
A veces	238	83,2
Casi siempre	17	5,9
Siempre	4	1,4
Total	286	100,0

Interpretación: El 83,2% de la población de estudio a veces realiza cambios en su dieta para mantener un peso adecuado, en igual porcentaje equivalente al 5,9% casi nunca y casi siempre lo realiza, el 3,5% nunca y el 1,4% siempre.

Tabla 45

Evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permite garantizar mi bienestar y el de mi familia

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	3,1
Casi nunca	11	3,8
A veces	250	87,4
Casi siempre	12	4,2
Siempre	4	1,4
Total	286	100,0

Interpretación: El 87,4% de la población de estudio evalúa si las medidas que ha tomado en el manejo de su enfermedad le permite garantizar su bienestar y el de su familia, el 4,2% casi siempre, el 3,8% casi nunca, el 3,1% nunca y el 1,4% siempre.

Tabla 46

Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	0,3
Casi nunca	3	1,0
A veces	8	2,8
Casi siempre	254	88,8
Siempre	20	7,0
Total	286	100,0

Interpretación: El 88,8% de la población de estudio casi siempre consume en su dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, el 7% siempre lo consume, el 2,8% a veces, el 1% casi nunca y el 0,3% nunca.

Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual

Valor	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2,1
Casi nunca	3	1,0
A veces	273	95,5
Casi siempre	3	1,0
Siempre	1	0,3
Total	286	100,0

Interpretación: El 95,5% a veces siente que su enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de su vida sexual, el 2,1% nunca lo siente, en igual porcentaje equivalente al 1% casi nunca y casi siempre y el 0,3% siempre.

Relación de los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus

Tabla 48

Correlación entre Capacidades fundamentales y Emociones

		Capacidades fundamentales	Emociones
Capacidades fundamentales	Correlación de Pearson	1	0,077
	Sig. (bilateral)		0,194
	N	286	286
Emociones	Correlación de Pearson	0,077	1
	Sig. (bilateral)	0,194	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Capacidades fundamentales y Emociones.

Correlación entre Componente de poder y Nutrición

		Componentes de poder	Nutrición
Componentes de poder	Correlación de Pearson	1	0,107
	Sig. (bilateral)		0,070
	N	286	286
Nutrición	Correlación de Pearson	0,107	1
	Sig. (bilateral)	0,070	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Componentes de poder y Nutrición.

Tabla 50

Correlación entre Componente de poder y Actividad física

		Componentes de poder	Actividad física
Componentes de poder	Correlación de Pearson	1	-0,004
	Sig. (bilateral)		0,952
	N	286	286
Actividad física	Correlación de Pearson	-0,004	1
	Sig. (bilateral)	0,952	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Componente de poder y Actividad física.

Tabla 51

Correlación entre Componente de poder y Consumo de tabaco

		Componentes de poder	Consumo de tabaco
Componentes de poder	Correlación de Pearson	1	0,083
	Sig. (bilateral)		0,164
	N	286	286
Consumo de tabaco	Correlación de Pearson	0,083	1
	Sig. (bilateral)	0,164	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Componente de poder y Consumo de tabaco.

Tabla 52

Correlación entre Componente de poder y Consumo de alcohol

		Componentes de poder	Consumo de alcohol
Componentes de poder	Correlación de Pearson	1	0,115
	Sig. (bilateral)		0,052
	N	286	286
Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	0,115	1
	Sig. (bilateral)	0,052	
	N	286	286

Interpretación: La significación es igual a 0,05 lo que indica que existe relación entre Componente de poder y Consumo de alcohol, el coeficiente de correlación (r) indica que la relación entre las dos variables no es fuerte pues su valor se acerca a 0.

Tabla 53

Correlación entre Capacidad de operacionalizar el autocuidado e Información sobre diabetes

		Capacidad de operacionalizar el autocuidado	Información sobre diabetes
Capacidad de operacionalizar el autocuidado	Correlación de Pearson	1	0,044
	Sig. (bilateral)		0,455
	N	286	286
Información sobre diabetes	Correlación de Pearson	0,044	1
	Sig. (bilateral)	0,455	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Capacidad de operacionalizar el autocuidado e Información sobre diabetes.

Correlación entre Capacidad de operacionalizar el autocuidado y Adherencia terapéutica

		Capacidad de operacionalizar el autocuidado	Adherencia terapéutica
Capacidad de operacionalizar el autocuidado	Correlación de Pearson	1	0,079
	Sig. (bilateral)		0,182
	N	286	286
Adherencia terapéutica	Correlación de Pearson	0,079	1
	Sig. (bilateral)	0,182	
	N	286	286

Interpretación: La significación es mayor a 0,05 lo que indica que no existe correlación significativa entre Capacidad de operacionalizar el autocuidado y Adherencia terapéutica.

Discusión

La diabetes mellitus es considerada como una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor relevancia a nivel mundial, afectando a la población sin considerar sexo ni grupo de edad más aún en la población de adultos mayores. Existiendo una serie de situaciones que pueden generar alteraciones que impactan en la vida de las personas diabéticas, relacionado principalmente a los estilos de vida de esta población, es decir, que van variando de acuerdo al transcurso del tiempo. Con respecto al autocuidado en esta patología se han considerado múltiples factores, ya sean familiares como económicos para mantener de la mejor forma el cuidado de su enfermedad, por lo anterior expuesto el objetivo de este estudio fue relacionar el autocuidado y los estilos de vida en pacientes diabéticos, evaluando características de salud y sociodemográficas, para lo cual se inicia con una etapa descriptiva del auto cuidado y de los estilos de vida, misma que se detalla a continuación.

En relación a la “Ficha para recolección de datos sociodemográficos”

En relación a los resultados alcanzados con las variables sociodemográficas se evidencian que el mayor número de adultos mayores de la parroquia el Sísig es de sexo femenino con un 68.9% predominando en relación a la población masculina. La razón de este factor predominante podría ser explicado porque la aplicación de los instrumentos se realizó a través de un proceso de aleatorización simple cuya recolección de información se realizó a través de visitas domiciliarias, considerando que en las diferentes comunidades de la parroquia son las mujeres quienes permanecen en sus hogares, mientras que, los hombres

Los resultados alcanzados coinciden con los de la investigación realizada por Oliveira et al (56) en Brasil a 218 personas adultas mayores con diabetes mellitus el 73,3% eran mujeres, debido a que la mayor parte de la población objetivo a la que se tiene acceso es la población femenina; en el mismo país en otro estudio realizado a 189 participantes el 68,8 % fueron de este mismo sexo (56); mientras que, en una investigación realizada en Perú por Leitón et al (57) a 100 adultos mayores el 55% eran mujeres, a lo que se suma otra investigación ejecutada en Brasil a 40 pacientes cuya predominancia fue para el sexo masculino con el 57,9% (58); indicando que, en los diversos estudios existen tanto hombres como mujeres con diabetes mellitus con una leve predominancia hacia el sexo femenino.

La edad de la población es variada encontrado un mayor número de adultos mayores en el rango de 65-74 años con un 54,5% en el rango de 75-84 años se obtuvo resultados en un 23% y un 21,7 % adultos mayores de más de 85 años. En relación a la edad poblacional en estudios realizados en diversos países los resultados en cuanto a la edad fueron: en Valencia la media de edad fue de 69 años (59), en Brasil la edad media es de 66,0 años (56), en Chile la edad promedio fue de 65,1 años (60), en La Habana predominó la edad comprendida entre 65 a 69 años de edad con el 48,6 % (61), resultados que concuerdan con la presente investigación, pues, la población de estudio se encuentra mayoritariamente entre los 65-74 años. En esta ocasión es coincidente que la mayor parte de la población estudiada en este estudio es similar a los estudios consultados en la revisión bibliográfica.

En relación al estado civil se refleja que el 69,6% de la población es casada, un 18% se la población es soltera, un 8,7% viudo y un grupo minoritario correspondiente al 3,5% divorciado. Al comparar con otras investigaciones realizadas en diferentes países en un estudio realizado en Brasil predominaban los casados con el 65,8% (58) lo que concuerda con la presente investigación, sin embargo, en otras investigaciones los datos relacionados a esta variable son fluctuantes, pues, en Popayán (Colombia) el 40,7% eran solteros, 51,9% casados y 7,4 en unión de hecho (62), en otra investigación realizada en Brasil el 46% estaba casada o en unión libre y el 83,7% vivía con alguien (56); por lo que, la variable correspondiente al estado civil es distinta en diferentes investigaciones y no presentan coincidencia con la población de estudio. De los resultados analizados es importante considerar que un adulto mayor que tiene acompañamiento de su conyugue u otro familiar puede tener mayor acceso al cuidado.

En cuanto al nivel de instrucción los adultos mayores del estudio han terminado la

primaria en su totalidad, al comparar estos resultados con otras investigaciones presenta una similitud en una investigación realizada en Brasil en la cual el 79,4% tenía baja escolaridad (63) y otra realizada en Perú en la cual el mayor grado de instrucción fue primaria con 71 % (57); sin embargo, difiere de las realizadas en Chile que presenta una escolaridad promedio de 9,3 años (60) y en La Habana cuya escolaridad predominante fue de secundaria con el 55,6% seguida de preuniversitaria con el 27,8%; universitaria el 9,7% y primaria con el 9,7% (61). Estos resultados demuestran la falta de acceso a la educación secundaria o superior que existían en estas poblaciones del Ecuador, siendo preocupante en la actualidad porque se vuelve difícil promover el autocuidado en el adulto mayor.

En relación al lugar de residencia de la población de estudio es mayoritariamente rural con el 90%, lo que no genera relación con el estudio realizado por Granados et al (62) pues en la mayoría proviene de áreas urbanas con el 61,7%. Esto se debe a que la población objeto de este estudio se encuentra en una zona rural.

En relación a la relación de convivencia la población de estudio vive mayoritariamente con familiares lo que corresponde al 89,5%, seguido de la convivencia con el cónyuge con el 9,4% y el 1% vive solo. Lo que coincide con otras investigaciones en las cuales el 50,8% vive con una o dos personas (62), 83,7% prefiere vivir con alguien (56), presentando congruencia; sin embargo, en estas investigaciones no se puede evidenciar si las personas con las que viven corresponden o no a familiares, pero, se puede relacionar con la presente investigación en función a que de la población de estudio sólo el 1% vive solo. De los resultados de este estudio es necesario brindar mayor atención a los adultos mayores que viven solos para evitar complicaciones que no puedan ser informadas o asistidas por alguien cercano.

En relación al “Instrumento para la medición del estilo de vida en pacientes con DM”

En cuanto a la alimentación en la población de estudio el 86,7% come verduras algunos días, con una frecuencia de algunos días en el consumo de frutas con el 86,4%, un consumo del 87,8% de dos piezas de pan al día, el 97,6% refiere comer de 0 a 3 tortillas diarias, el 86,7% refiere agregar azúcar a sus alimentos o bebidas frecuentemente, el 77,6% casi siempre agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo, el 80,1% come algunas veces alimentos entre comidas, el 74,5% casi nunca come alimentos fuera de casa, el 78% casi nunca cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más.

En relación al párrafo anterior Aránzazu et al (59) el 55,6% de los encuestados consumían verduras todos los días, el 84,1% consume frutas todos los días, cerca del 50% consume de 0 a 1 pieza de pan al día, el 81,1% casi nunca añaden azúcar a las comidas, el 57,6% casi nunca ingieren sal, el 66,2% casi nunca come entre comidas y un 61,6% nunca come fuera de casa, el 94% nunca se servía más cuando termina de comer la cantidad inicialmente servida. Por lo que, estos resultados difieren con la población de estudio, teniendo una leve coincidencia únicamente en el consumo de alimentos fuera de casa, pues, en la población de estudio el 74,5% casi nunca lo hace. A lo que se suma que en otra investigación sólo el 47,4% se restringe en el consumo de carbohidratos. (58)

En relación al ejercicio el 83,2% realiza 3 o más veces por semana al menos 15 minutos de ejercicio y el 16,2% lo realiza 1 a 2 veces por semana. Frente a otra investigación en la cual el 57.1% realizaban al menos 15 minutos de actividad física 3 veces o más por semana, el 15.2% realizaban de 1 a 2 veces por semana y el 27.2% casi nunca realizaban actividad física (59), siendo no consistente con la presente investigación. En otra investigación realizada por Oliveira et al (58) la mayoría de los pacientes son considerados inactivos; lo cual no concuerda con la población de estudio, pues, el 87,1% de la población casi siempre se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo, el 78,7% realiza trabajos en casa en su tiempo libre, sale de casa el 14,3% y sólo el 7% ve televisión.

La población de estudio refiere no fumar el 97,2%, el 2,1% lo hace algunas veces y el 0,7% fuma a diario; de esta población que fuma el 2,4% consume de 1 a 5 cigarrillos al día y el 0,3% 6 o más. En relación al consumo de bebidas alcohólicas el 79,4% refiere consumir de 1 a 2 en cada ocasión, el 15,4% no consume ninguna y el 5,2% consume 3 o más. En contraste con la investigación realizada por Aránzazu et al (59) en la cual el 13.9% de los diabéticos fumaban, consumiendo la mayoría de ellos 6 o más cigarrillos al día, en cuanto al consumo de alcohol, el 16.6% consumían 1 o más veces por semana y el 26.5% ingerían rara vez alcohol, de los cuales el 3.3% bebían 3 o más bebidas en cada ocasión y el 39.1% de 1 a 2 bebidas alcohólicas en cada ocasión. Por lo que, no existe coincidencia tanto en el consumo de cigarrillos como de alcohol con la población de estudio, pues, los adultos mayores de la presente investigación mayoritariamente no fuman y refieren consumir de 1 a 2 bebidas alcohólicas en cada ocasión. Pero, presenta relación con la investigación realizada por Oliveira et al (58) en la cual sólo el 7,8 eran fumadores consumiendo 5,7 cigarrillos diarios.

En cuanto a la asistencia a pláticas para personas con diabetes el 94,4% de la población de estudio ha asistido de 1 a 3 pláticas para personas con diabetes, el 4,9% a ninguna y el 0,7 a 4 o más; además, el 88,5% algunas veces ha tratado de obtener información sobre la diabetes. Al compararla con otra investigación al respecto en la cual el 86,7% no ha asistido nunca a una y el 2,6% ha asistido a 4 o más; además, el 48,3% casi nunca ha tratado de obtener información sobre la diabetes (59); se puede observar que se tiene semejanza con la población de estudio en función a las pláticas para personas con diabetes, pero no se relaciona en cuanto a la obtención de información sobre la diabetes.

En relación a su manejo emocional el 88,1% de la población de estudio algunas veces se enoja con facilidad, el 55,9% casi siempre se siente triste, seguido de un 36% que refiere ser algunas veces; finalmente, el 85,7% refiere que algunas veces tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro. Al compararlo con otra investigación al respecto los resultados no presentan coincidencia sólo el 6% de los encuestados se enfadaba con facilidad, el 15,9% se sentían triste casi siempre y el 7,3% tenían pensamientos pesimistas (59).

La población de estudio refiere que algunas veces hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes con el 81,5%, seguido por casi siempre con el 13,6%. El 88,8% manifiesta que casi nunca sigue dieta para diabético, y el 88,1% frecuentemente olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina; a lo que se suma el 88,8% que refiere que algunas veces sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado. Frente a otra investigación en la cual el 47% casi siempre se esfuerza para mantener controlada la diabetes, el 37,7% lo realizaban algunas veces y el 15,2% nunca hacían ningún esfuerzo; el 86,7% sigue las instrucciones médicas casi siempre y un 2,6% casi nunca sigue estas instrucciones (59); presentando inconsistencias con la población de estudio.

En lo relacionado al Instrumento para la medición del estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus:

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre la medición de los estilos de vida saludables, en pacientes con diabetes mellitus en la comunidad de Sígsg del Ecuador, se consideró nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes mellitus, emociones y adherencia terapéutica y los datos evidencian, que los estilos de vida no son saludables y al relacionar con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, se analiza la valoración de conductas de las personas adultas mayores con diabetes mellitus entrevistadas, que según el escenario de estudio de la presente

investigación, la población adulta mayor consume carbohidratos en su dieta diaria, tienen una vida sedentaria, realiza poca actividad física, poco interés por el seguimiento de su tratamiento, presentan estrés emocional. Además, tienen costumbres y hábitos culturales, que repercuten en el cuidado de su salud.

Se hace necesario que los profesionales de enfermería del ámbito de la comunidad escenario de estudio, contribuyan efectivamente en fortalecer la educación sanitaria, centrando la atención en las personas con diabetes mellitus y sus familias, impulsando el autocuidado, para reducir los factores de riesgo y creando una cultura de salud en la población. Al relacionar con la teoría de Nola Pender, podemos mencionar que las personas tienen características personales e interpersonales, que influyen significativamente en conductas favorecedoras de la salud.

En relación al “Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM”

En relación al estado de ánimo de la población de estudio el 82,9% casi siempre siente que este estado le permite cuidarse, el 12,9% casi nunca, el 2,8% a veces y en igual porcentaje equivalente al 0,7% tanto siempre como nunca. El 96,9% de la población de estudio siempre que duerme de 6 a 8 horas diarias, se siente descansado; en igual porcentaje equivalente al 1,4% casi siempre lo siente y a veces lo siente y el 0,3% nunca. Resultados que no concuerdan con la investigación realizada por Contreras et al (64) en la cual refieren que en relación a la actividad y reposo los adultos mayores se encuentran en una categoría regular en su autocuidado, presentando valores de media aritmética mínimos en cuanto a disposición de energía para realizar acciones de autocuidado y tiempo necesario para cuidarse y descansar.

El 99% de la población de estudio a veces invierte tiempo en su propio cuidado, el 0,7% casi siempre y el 0,3% siempre. Información similar a la presentada por Hernández et al (65) quienes señalan la ausencia de autocuidado en los adultos mayores diabéticos con el 93,75%. En relación a la realización de ejercicio el 83,9% de la población de estudio a veces considera importante realizarlo, el 8% siempre lo considera, el 6,6% casi siempre y el 1,4% casi nunca. En relación a si caminan diariamente el 85% lo realiza siempre como treinta minutos, el 10,5% casi siempre, el 3,5% a veces y el 1% casi nunca. Siendo estos resultados no consistentes con la investigación realizada por Carneiro et al (63) en la cual el 78,3% de los adultos mayores no practicaban actividad física.

El 76,9% de la población de estudio casi siempre busca información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, el 10,5% a veces, el 5,6% siempre, el 4,2% casi nunca y el 2,8% nunca. El 88,1% de la población de estudio considera que siempre conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad, el 6,3% casi siempre las conoce, el 2,4% a veces, el 2,1% casi nunca y el 1% nunca. Lo que es consistente con otra investigación realizadas al respecto en la cual un 80% de los adultos mayores presenta una adecuada alfabetización en salud (60), el 74,6% cuenta con vía educarse o evacuar sus dudas sobre la enfermedad y el 89,6% sabe identificar su necesidad educativa al respecto (61), pero no es consistente con la investigación realizada por Oliveira et al (56) en la cual el 77,7% de los ancianos diabéticos tenían un conocimiento insuficiente sobre su enfermedad y tratamiento.

El 76,9% de la población de estudio casi nunca considera que conoce cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que toma actualmente para controlar la diabetes mellitus, el 10,5% siempre lo considera, el 5,6% a veces, el 4,9% casi siempre y el 2,1% nunca. El 76,9% a veces solicita le proporcionen información necesaria de la correcta administración cuando inicia un nuevo medicamento, el 8% siempre, el 5,9% casi siempre, el 5,6% nunca y el 3,5% casi nunca. Resultados que no son consistentes con otra investigación realizada en adultos mayores en la cual el 80,5% conocen los efectos adversos del tratamiento (61). En cuanto a si reemplazan su tratamiento por terapias alternativas el 93,7% de la población de estudio siempre lo reemplaza, el 3,1% casi siempre lo reemplaza, el 1,7% casi nunca, el 1% nunca y el 0,3% a veces. Frente a lo cual en otra investigación sólo el 3,4% no cumple con un tratamiento farmacológico (60).

En relación a la alimentación el 85,6% de la población de estudio casi nunca considera que la cantidad máxima de azúcar que puede utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas, el 7,3% siempre lo considera, el 4,5% casi siempre y en igual porcentaje equivalente al 1,7% para siempre y nunca. El 83,2% de la población de estudio a veces realiza cambios en su dieta para mantener un peso adecuado, en igual porcentaje equivalente al 5,9% casi nunca y casi siempre lo realiza, el 3,5% nunca y el 1,4% siempre. El 88,8% de los adultos mayores del estudio casi siempre consume en su dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, el 7% siempre lo consume, el 2,8% a veces, el 1% casi nunca y el 0,3% nunca. Frente a esto Oliveira et al (56) en su investigación identificó una alta proporción de adultos mayores que desconocían las causas y el cuidado de la hipoglucemia y que éstas son las principales medidas de

autocuidado en diabetes pues presentaron error en su respuesta el 36% y el 43,6% refirieron desconocerlo; además, al consultarles si el arroz se compone principalmente de carbohidratos presentaron error en su respuesta el 25,3% y desconocían este aspecto el 41,6%; información que es consistente con la presente investigación.

El 92,7% de la población de estudio casi siempre considera que el profesional de enfermería lo escucha y aclara sus inquietudes, el 4,2% siempre lo considera, el 2,1% a veces y el 1% nunca. Frente a otra investigación en la que el 56,7% manifiesta que la acción personal salud para su educación sobre Diabetes Mellitus es satisfactoria. (56)

El 88,8% de la población de estudio a veces realiza cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad, el 5,2% nunca lo realiza, en igual porcentaje equivalente al 2,4% casi nunca y casi siempre, y el 1% siempre. El 87,4% a veces evalúa si las medidas que ha tomado en el manejo de su enfermedad le permiten garantizar su bienestar y el de su familia, el 4,2% casi siempre, el 3,8% casi nunca, el 3,1% nunca y el 1,4% siempre. Resultados que se relacionan con una investigación realizada por Mac et al (61) en la cual el 76,4% se autoevaluó como insuficientemente preparado para el autocuidado de la salud diabetológica y el 23,6 % refirió sentirse preparado para esta finalidad, sólo el 15,3 % del total de ellos realizaba autocuidado de su salud.

En lo relacionado al “Cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM, en los diferentes ítems aplicados a los adultos mayores con diabetes mellitus, se aprecia que el autocuidado es insuficiente y analizando hay influencia del entorno, traducido en factores físicos, químicos, biológicos y sociales y tal como lo dice la teórica Dorotea Orem que son las mismas personas, que asumen conductas dirigidas hacia ellas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo, en beneficio de su vida, salud y bienestar. En este contexto el profesional de enfermería, es considerado como un recurso muy importante porque está vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas y en este caso a los adultos mayores con diabetes mellitus, cuando no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismos, la calidad de cuidados para mantener la vida, identificando problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familia y comunidad que demandan cuidados

CORRELACION ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

En cuanto a la correlación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes en la población de estudio no presenta relación estadísticamente significativa entre ellas, a excepción del Componente poder y Consumo de alcohol, el cual presenta relación entre estas variables con un coeficiente de correlación (r) no fuerte.

Es importante mencionar que se relacionó los estilos de vida enfocados en nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes mellitus, emociones y adherencia terapéutica, con el autocuidado y no presenta relación estadísticamente significativa, ya que se analizó los resultados de ambos instrumentos aplicados a los adultos mayores, que fueron los sujetos de estudio y no se evidencia que ambos estén relacionados, solo el estilo de vida de consumo de alcohol. Al parecer los estilos de vida propuestos en la Teoría de Nola Pender y el autocuidado de Dorotea Orem se relacionan, porque en las respuestas que dieron los adultos mayores, se evidencia que los estilos de vida no son saludables y por consiguiente las personas no participan activamente en el cuidado de su salud.

Es por ello que se destaca que, en función de los resultados obtenidos, que la teoría del autocuidado establecida por Dorothea Orem en cuanto al déficit del mismo, permitió detectar la presencia de varios factores que impiden que este proceso se lleve a cabo de una manera adecuada, lo que origina que este sea ineficaz o incompleto, encontrando dentro de los de orden interno a su estado de salud, edad avanzada y orientación sociocultural, los cuales según lo descrito por la autora tienen un gran impacto en el cumplimiento del autocuidado (62), de igual forma se pudieron encontrar factores que se relacionan con el sistema familiar, ya que gran parte de los adultos mayores no contaban con el apoyo de su familia para poder concentrarse en la preservación de su salud, lo que causaba que sus patrones de vida no sean los adecuados, provocando en muchas ocasiones sensaciones de soledad y desinterés por su bienestar, sumado a ello una débil gestión para la adecuación así como disponibilidad de recursos, causando que las necesidades de autocuidado no sean cumplidas, por lo cual de acuerdo a la teoría propuesta por Orem, con relación a los sistemas de enfermería, este tipo de pacientes se encuentran encasillados dentro del primer nivel, denominado parcialmente compensador en el cual cuando los integrantes del grupo de estudio exhiben varios requerimientos de autocuidado de parte del profesional de enfermería,

ya que en esta edad avanzada presentan algunos tipos de incapacidad o limitación, por lo cual el adulto mayor y la enfermera necesitan de una interacción que permita satisfacer las necesidades de autocuidado en función del estado del paciente, sus limitaciones físicas y psicológicas, ya que como se evidenció en los resultados de investigación el paciente puede ejecutar acciones como el alimentarse o cepillado de los dientes, trasladarse al baño, vestirse bañarse o vestirse solos, siempre bajo supervisión del profesional enfermero.

Es significativo mencionar que el autocuidado se va aprendiendo, de acuerdo a la situación de salud que se vive y a cada etapa de desarrollo del individuo. Esto parte de las personas que tienen interés de mantener un funcionamiento sano para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado y que surgen de la combinación de los estilos de vida, de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales, que promueven el bienestar y desarrollo humano.

Los resultados alcanzados permiten identificar la relación entre el poder y el consumo de alcohol, esto puede incidir en el estilo de vida saludable del adulto mayor considerando que un estilo de vida saludable es la ausencia de hábitos que deterioran los órganos y las capacidades físicas; siendo necesaria entonces, la intervención del profesional de enfermería para promover el autocuidado en base a la concientización de los problemas de salud que pueden traer el descuido en su alimentación, el sedentarismo, el consumo de alcohol, entre otros. Por ello se vuelve imprescindible aplicar las teorías propuestas por Pender y Dorotea Orem sobre el auto cuidado y así garantizar estilos de vida saludables en el adulto mayor.

Por otra parte en referencia a lo planteado por la autora Nola Pender en su modelo de promoción de la salud en el cual se expone la existencia de aspectos de gran relevancia que intervienen en la modificación del comportamiento del ser humano, sus motivaciones y actitudes hacia el accionar que promueve la salud, donde se da relevancia a los aspectos psicológicos y cognitivos para el cambio de conducta (63), se puede manifestar que estos estuvieron presentes en la investigación desarrollada ya que factores como la sensación de abandono, la soledad, el estrés, ansiedad y deterioro cognitivo jugaron un papel fundamental en los adultos mayores estudiados para la poca participación en comportamientos de salud, por lo que su percepción sobre los beneficios de este tipo de modelos es bajo, originando de esta manera que los adultos mayores no se conviertan en participes activos en la mejora de su salud y bienestar.

Con relación al objetivo general que fue determinar la relación entre estilos de vida con autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig- Ecuador, 2019, los resultados de este estudio indican que, si existe una relación entre la variable estilo de vida y autocuidado, mientras más saludable sea el estilo de vida en el adulto mayor, este se deberá a que el autocuidado es adecuado en el adulto mayor, teniendo en cuenta las dimensiones de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la enfermedad, estado emocional y adherencia al tratamiento. Se tiene en cuenta que de acuerdo a la teoría de Nola Pender, los estilos de vida constituyen una base para estudiar el modo en que los individuos, toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Asimismo, es un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel del bienestar, la autorrealización y realización del individuo.

Con respecto al primer objetivo específico Identificar los estilos de vida del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig -Ecuador. 2019, se menciona que los pacientes con diabetes mellitus, en más del 80% consumen carbohidratos y azúcares en la dieta diaria; más del 80% realizan actividad física por lo menos 15 minutos de ejercicio diario; 87.2% no consume tabaco; 79.4% consume bebidas alcohólicas; 88.5% algunas veces recibe orientación sobre su enfermedad; más del 80% experimenta emociones como enojo o tristeza y 88.8% algunas veces sigue las indicaciones médicas para su cuidado. Esto ayuda plantear como conclusión que, en la mayoría de las personas encuestadas, tienen un estilo de vida poco saludable que, acompañado de una falta de cultura de autocuidado, son adultos mayores muy propensos a sufrir enfermedades y reducir su capacidad física en corto tiempo de su vida adulta mayor. Desde el enfoque de la Teoría de Nola Pender, se identifica una serie de factores de tipo cognitivo-perceptivo en la persona como es la importancia de la salud y orientadas a conductas que promueven salud, con el fin de lograr lo máximo que la persona desea alcanzar, al tener en cuenta adecuados estilos de vida en la alimentación, actividad física, emociones, orientación sobre su enfermedad y otros aspectos a ser llevados a la práctica diaria.

En cuanto al segundo objetivo específico Identificar el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Cantón Sígsig -Ecuador. 2019, los pacientes entrevistados declararon lo siguiente: 88.8% casi siempre consume dieta rica en verduras y frutas; 85% camina diariamente por lo menos 30 minutos; 96.9% siempre duerme de 6 a 8 horas diarias; 76.9%

casi siempre busca información y orientación sobre su enfermedad; 82.9% el estado de ánimo le permite cuidarse; 76.9% casi nunca conocen como actúan y reacciones derivadas del tratamiento. En conclusión, los pacientes tienen un autocuidado adecuado sin conocimiento previo sino en base a la cultura y los estilos de vida de sus ancestros, sin embargo, esto no garantiza que con un estilo de vida poco saludable en la población estudiada evite que adquieran enfermedades que reduzcan sus capacidades físicas y su salud en general. Al respecto basándose en el concepto de Dorotea Orem del autocuidado, estamos relacionando un conjunto de acciones intencionadas, que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que puedan comprometer su vida. Es la propia persona la que adopta conductas para autocuidarse, pero a su vez son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.

En el objetivo específico Relacionar los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus desde las teorías de Nola Pender y Dorothea Orem. Cantón Sígsig-Ecuador, 2019, se realizó la correlación entre capacidades fundamentales con emociones; poder y nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol; capacidad de operacionalizar el autocuidado con información sobre diabetes, adherencia terapéutica. Se obtuvo la significación es igual a 0,05 lo que indica que existe relación entre Componente de poder y Consumo de alcohol, el coeficiente de correlación (r) indica que la relación entre las dos variables no es fuerte pues su valor se acerca a 0.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda que el Ministerio de Salud del Ecuador implemente en los establecimientos de salud, programas educativos de autocuidado para promover estilos de vida saludables en las familias y comunidad, los cuales sirvan como complemento o apoyo al programa “Mis Mejores años” el cual está enfocado al cuidado y atención hacia el adulto mayor, no solamente desde el punto de vista físico sino al psicológico, siempre enfocados a la búsqueda del estilo de vida digno.
- Que las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, especialmente de enfermería, establezcan contenidos temáticos relacionados al autocuidado en las asignaturas de especialidad en el pregrado, especialmente en la prevención de diabetes mellitus, los cuales sirvan como refuerzo para la mejora de la atención hacia el adulto

mayor, ya que actualmente en este tipo de procesos formativos se abordan estos temas de manera general, más no como criterios específicos que permitan al futuro profesional tener una visión más amplia sobre la relevancia del tema.

- Se recomienda que a partir de los resultados de la investigación, se considere esta temática en investigación cualitativas, relacionadas con el autocuidado no solo en diabetes mellitus, sino también en otras enfermedades crónico degenerativas que afectan al adulto mayor, por medio de las cuales se pueda generar una base de datos que sirva de apoyo para un mejor entendimiento sobre el autocuidado en el adulto mayor, brindando a las futuras generaciones una idea amplia sobre este tema, fundamentada en el criterio científico.
- A las instituciones de orden público, el apoyo a los programas desarrollados tanto por el ministerio de salud en el cuidado del adulto mayor, así como del MIES en la entrega de kits para este grupo poblacional, con la finalidad de facilitar el desarrollo de este tipo de acciones encaminadas a la mejora de la calidad de vida, mediante el seguimiento y evaluación constante a su bienestar, en vista que uno de los principales problemas para la aplicación de este tipo de programas ha sido la logística y la falta de apoyo interinstitucional en el desarrollo de sus actividades.

1. Marriner, Ann; Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier, editor. Vol. 6, Enfermería Global. Madrid; 2007. 1–3 p.
2. Desarrollo epistemológico de enfermería [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004
3. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país | Enhanced Reader [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <moz-extension://982f19d2-72b6-43fc-8ebe-06bc45dccb45/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fsalud-en-las-americanas-2017%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F09%2FPrint-Version-Spanish.pdf>
4. Trejo García C, Maldonado Muñoz G, Peza Alejandro FI. Agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con diabetes mellitus tipo 2 antes y después del apoyo educativo de enfermeras. XIKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan. 2019;7(14):19–22.
5. García G, Ortega E, Armendáriz A. Educación y promoción para la salud de los adultos mayores: para una vida en movimiento. Rev iberoam educ invest enferm [Internet]. 2016;6(1):63–8. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/193/educacion-y-promocion-para-la-salud-de-los-adultos-mayores-para-una-vida-en-movimiento/>
6. Naranjo, Ydalsys; Concepción, José Alejandro; Rodríguez M. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana. 2017;19(3).
7. Marcos, Miriam Paula; Tizón E. Application of Dorothea Orem’s model in a case of a person with neoplastic pain. Gerokomos. 2013;24(4):168–77.
8. Muñoz GM, Gómez BA, Becerril LC, Solano GS. Lifestyle of the elderly person living with diabetes and characterization of nursing diagnoses. Texto e Context Enferm. 2019;28:1–12.
9. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016
10. Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento. OMS. World Health Organization; 2020. p. aprox. 3.
11. Envejecimiento y salud [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

12. Aliaga, Elizabeth; Cuba, Sofía; Mar M. Health promotion and disease prevention for active aging that preserves quality of life. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Apr;33(2):311–20.
13. Diabetes [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes>
14. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la diabetes. 2016;
15. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. OMS/OPS. 2020. p. Aprox. 9 p.
16. Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, IDF (7ª edición). 2015.
17. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe | Publications [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. OPS/OMS. 2007.
19. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Gracia-Tabuena T, Yuste-Gran C, Pellicer-García B, Juárez-Vela R, et al. Prevalencia de sobrepeso/obesidad y su asociación con diabetes, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico: estudio transversal de una muestra de trabajadores en Aragón, España. *Nutr Hosp*. 2018;
20. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud: prevención y autocuidado son claves para controlar la diabetes. MSP. 2018. p. Aprox. 2 p.
21. Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400009
22. Herrera Santí PM, García Martínez N, Navarrete Ribalta C. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2015;30(4):326–45. Available from: <http://scielo.sld.cu>
23. OMS | Se calcula que el número de personas mayores de 60 años se duplicará de aquí a 2050 [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/es/>

24. Firmino, Sara Taziana; Mesquita, Aline; Costa, Sandra Maria; de Lima, Carolina Maria; Carvalho, Ana Fátima; Santos MD. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enfermería Glob.* 2013;12(32).
25. Flores-Pérez MN, Garza-Elizondo ME, Hernández-Cortés PL. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México. *Rev Enferm Hered.* 2016;8(2):69.
26. CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD [Internet]. [cited 2020 Jul 19]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
27. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles Poblac.* 2017;23(93):59–93.
28. Can, Ana Rosa; Sarabia, Betty; Guerrero JG. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *Autocuidado en las Pers mayores.* 2015;6(11):1–20.
29. Naranjo, Ydalsys; Concepción, José Alejandro; Mirabal, Juan Carlos; Álvarez B. Estrategia de enfermería en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2020;36(3).
30. Carrillo, Ana Julia; Díaz FJ. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enferm Glob.* 2013;12(2):54–64.
31. Solano GS. Estilo De Vida De Ancianos Que Viven Con Diabetes Y Caracterización De Diagnósticos De Enfermería. *Univ Autónoma México* [Internet]. 2019;29(5):1–12. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/es_0104-0707-tce-28-e20170552.pdf
32. Ulloa, Iliana Milena; Mejía, Claudia Nathaly; Plata, Edinson Favian; Ramírez, Alejandra Noriega; Quintero DLGMA. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(2).
33. Rubio-Cabezas O, Klupa T, Malecki MT. Permanent neonatal diabetes mellitus - the importance of diabetes differential diagnosis in neonates and infants. *Eur J Clin Invest* [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Jan 23];41(3):323–33. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2362.2010.02409.x>
34. Sanzana G. MG, Durruty A. P. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES MELLITUS. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2019 Jan 23];27(2):160–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300050>
35. Rubio Cabezas Ó, Argente J. Diabetes mellitus: formas de presentación clínica y diagnóstico

36. diferencial de la hiperglucemia en la infancia y adolescencia. *An Pediatría* [Internet]. 2012
37. Nov 1 [cited 2019 Jan 23];77(5):344.e1-344.e16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003190>
38. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de REGULA. OPS. 2016. p. Aprox. 2 p.
39. Rodríguez, Mylene; Mendoza M. Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en población adulta. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes y Metab.* 2019;6(2):86–91.
40. Aguiar, Berenice Daniela; Baroni G. Factores de riesgo para diabetes, una mirada desde la salud pública en San José de Rincón y Santa Fe. In: Universidad Nacional del Litoral. XXI Encuentro de Jóvenes Investigadores de la Universidad Nacional del Litoral; 2017. p. 4.
41. Miguel Y, Sarmiento, Pedro Enrique; Mariño, Luis Antonio; LLorente Y, Rodríguez T, Peña M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Rev Finlay.* 2017;7(3):155–67.
42. Rosas R, Impacto de Estrategias Educativas en Salud en pacientes diabéticos del programa de prestaciones sociales. [Tesis posgrado]. Veracruz: Universidad Veracruz; 2014. Española RA.
43. González, Alexandra; Santamaría JM. El ciclo del cuidado: El modelo profesional de cuidado desde el enfoque del pensamiento. *Ene Rev enfermería.* 2015;9(1).
44. Ortega NM. El pensamiento complejo: una visión multidimensional de la práctica del cuidado de la vida humana. *Portales médicos.com.* 2008. p. 5.
45. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(3):159–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
46. Alicia L, Solar P, Maricela IL, Reguera G, Gómez NP, Lic II, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica.* 2018;36(6):835–45.
47. Raile, Martha; Marrine A y teorías en enfermería. *Modelos y teorías en enfermería.* Elsevier, editor. España; 2018. 601 p.
48. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Arch Médico Camagüey.* 2019;23(6):814–25.

49. Ciencias UDe, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. The self-care deficit nursing theory:
50. Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana*. 2017;19(3).
51. Salas C. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Glob*. 2010;(19):1–14.
52. Barragán O, Hernández E, Flores R, Vargas M. Proceso De Enfermería Para Grupos De Ayuda Mutua: Una Propuesta Desde El Modelo De Promoción Nursing Process for Mutual Aid Groups: a Proposal From the Promotion Model. 2017;22–9. Available from: <http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-04.pdf>
53. Oliver J. 濟無No Title No Title. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
54. Patricia DC, Herrera M, Nayeli L, García M. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2015;31(4):0–0.
55. Sánchez C, Vega H, Santos R, Gainza G, Lara R. Caracterización del estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Yara, 2017. *Mul Med [Internet]*. 2018;22(5):911–23. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84473>
56. Herazo-Beltrán Y, Quintero-Cruz MV, Pinillos-Patiño Y, García-Puello F, Núñez-Bravo N, Suarez-Palacio D. Alidad De Vida, Funcionalidad Y Condición Física En Adultos Mayores Institucionalizados Y No Institucionalizados. *Rev Latinoam Hipertens*. 2017;12(5):174–81.
57. Lopez, Juan Manuel; Ariza, Cuauhtémoc Raúl; Rodríguez, José Raymundo; Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex*. 2003;45(4).
58. Achury, Diana Marcela; Sepúlveda, Gloria Judith; Rodríguez SM. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2009. p. 9–25.
59. Borba AK de OT, Arruda IKG, Marques AP de O, Leal MCC, Diniz A da S. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):125–36.
60. Espinoza ZEL, Benites MEV, Ramos EF. Relationship between demographic variables and self-caring practices of the elderly adult with diabetes mellitus. *Salud Uninorte*. 2018;34(2):443–54.
61. Temperly, KS; Yaegashi, CH; Silva ANE. *Scientia Medica. Sci Me*. 2016;26(4):130–6.

62. Leyder MA, Meneses CA, Ruiz AM, Forés E, Barreda F, Clave P. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón) Cómo citar este documento Original. Vol. 7. 2019.
63. Aguayo-Verdugo N, Valenzuela-Suazo S, Luengo-Machuca L. Self-care, health literacy and glycemic control in people with diabetes mellitus type 2. *Cienc y Enferm.* 2019;25.
64. Lynn Durruthy Elias M, Medina Gondres Z, Oriol Vega Puentes J, Hayde Elias Oquendo Y, Durruthy Elias A. ARTÍCULO ORIGINAL.
65. Granados-Vidal YA, Jácome-Velasco SJ, Paternina-De la Ossa A, Galvis-Fernández B, Villaquiran-Hurtado A. Life style and quality of life in patients with metabolic syndrome and diabetes type 2. *Duazary.* 2019 Sep;16(3):25–39.
66. Vicente MC, da Silva CRR, Pimenta CJL, Bezerra TA, de Lucena HKV, Valdevino SC, et al. Functional capacity and self-care in older adults with diabetes mellitus. *Aquichan.* 2020;20(3):1–11.
67. A.Contreras y colaboradores. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asistena consulta externa . Sincelejo , Colombia Resumen Self-care capacity of diabetic patients attending to external consultation . Sincelejo , Colombia Abstract. *Investig Andin.* 2013;15(26):678.
68. Hernández YN, Escobar BA. Estrategia de enfermería en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2020;36(3).

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	
Nombre del Investigador principal	
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	
Descripción del proyecto de Investigación	
Instrucciones: las palabras que se utilicen no pueden ser desde ningún punto de vista subjetivas. Deber ser lenguaje entendible, claro, específico, pero también sencillo o natural para la persona que va a leer, no debe contener ninguna expresión técnica y en caso necesario se puede reemplazar por explicaciones idóneas.	
En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación. Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre (breve resumen del proyecto de investigación), con la finalidad de:	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Instrucciones: descripción rápida de la investigación, cuantas personas participan en el estudio; recuerde no usar términos médicos y/o técnicos.	
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS Instrucciones: precisar los pasos a seguir en el proyecto de investigación (Resumen)	
RIESGOS Y BENEFICIOS Instrucciones: Explicar en detalle cada uno de los riesgos, aunque sean menos que el mínimo o mínimos, pudiendo ser, físicos, psicológicos, temporales o permanentes, y aclarando que mecanismos utilizará el investigador para disminuir esos riesgos. Debe constar los beneficios a los participantes del estudio y la sociedad, específicamente en cómo y cuándo recibirán estos beneficios si los hubiere.	
CONFIDENCIALIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> • ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD • LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO. • SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO • SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES 	
AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR) Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.	
Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante:	Fecha:
Firma del Testigo:	Fecha:
Firma del Investigador:	Fecha:

Este cuestionario contiene preguntas relacionadas a aspectos sociales y demográficos. Por favor, responda a cada pregunta lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna de ellas, para ello debe registrar la opción que considera le corresponde haciendo un círculo o una X en la respuesta correcta, en caso de tener alguna duda sobre la pregunta puede solicitar apoyo a la encuestadora.

Edad

65 a 74 75 a 84 85 a más

Sexo

Masculino Femenino

Estado civil

Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Nivel de estudio

Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto Nivel

En caso de no haber completado alguno de los niveles de estudio señalados anteriormente, indique qué nivel de estudio no completó en el siguiente espacio: _____

Zona en donde vive

Urbano Rural

Relación de convivencia: Vive con

Solo Cónyuge Familiares En una institución

Otro, especifique: _____

ANEXO 3. INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN DIABÉTICOS (IMEVID)

8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
DOMINIO: ACTIVIDAD FISICA			
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salida de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
DOMINIO: CONSUMO DE TABACO			
13. Fuma	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o mas
DOMINIO CONSUMO DE ALCOHOL			
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o mas
DOMINIO: INFORMACION SOBRE DM			
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o mas	1 a 3 v	Ninguna
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas Veces	Casi Nunca
DOMINIO: EMOCIONES			
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
DOMINIO: ADHERENCIA TERAPEUTICA			
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

- Fecha:
- Nombre:
- Sexo:
- Edad:

DOMINIO: NUTRICION	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o mas
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o mas
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente

23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

Gracias por sus respuestas.

ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS

Este es un cuestionario diseñado para conocer el autocuidado de las personas con diabetes mellitus. Por favor lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere refleja su autocuidado en los últimos meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Por favor responder todas las preguntas.

Nombre: _____

Fecha: _____ Edad en años: _____

AFIRMACIONES	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3. Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4. Considero importante realizar ejercicio					
5. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6. Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la diabetes mellitus					
7. Cuando inicio un nuevo medicamento solicito me proporcione información necesaria de la correcta administración					
8. Considero que la cantidad máxima de azúcar que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas					
9. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					

10. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
11. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12. Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
13. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
14. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
15. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
16. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					
Total					

Gracias por sus respuestas.

Problema de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Marco conceptual	Método de investigación	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
<p>¿Cuáles son los estilos de vida relacionados con autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus Cantón Sígsig- Ecuador 2019?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre estilos de vida y autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus del Cantón Sígsig -Ecuador, 2019.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los estilos de vida del adulto mayor con diabetes mellitus del Cantón Sígsig -Ecuador, 2019. -Identificar el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus del Cantón Sígsig -Ecuador, 2019. -Relacionar los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus desde las teorías de Nola Pender y Dorothea Orem. Cantón Sígsig- Ecuador, 2019 	<p>-Hi: Si existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con Diabetes del cantón Sígsig – Ecuador, 2019.</p> <p>-Ho: No existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado del adulto mayor con Diabetes del cantón Sígsig – Ecuador, 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Estilos de vida. – Autocuidado 	<p>-Estilos de vida de Nola Pender</p> <p>-Teoría del autocuidado de Dorotea Orem</p>	<p>- Diseño cuantitativo no experimental, con proceso deductivo, de tipo correlacional de corte transversal.</p> <p>-El universo estuvo constituido por 762 adultos mayores.</p> <p>-La muestra se consideró una prevalencia del 50%, con margen de error del 5%, confiabilidad del 95%, contemplando una pérdida del 10%; obteniendo por medio de un</p> <p>-Muestreo aleatorizado simple 285 personas.</p>	<p>La recolección de datos se realizó mediante un Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)” que sigue el modelo de Nola Pender para medir es estilo de vida, que tiene un Alpha de Cronbach de 0.81 y un cuestionario para evaluar el autocuidado en los pacientes adultos mayores con DM</p>