



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PERFIL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, DEL HOSPICIO CORAZÓN DE JESÚS, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, OCTUBRE 2019-MARZO 2020.

AUTORA:

MARIUXI JOHANNA MUÑOZ ULLOA
PAMELA LILIBETH MENDOZA CIRINO

TUTOR:

DRA. MARITZA GALLEGOS ZURITA

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2019

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
CAPITULO I	8
1. PROBLEMA.....	8
1.1 Marco Contextual	8
1.1.1 Contexto Internacional.....	8
1.1.2 Contexto Nacional	10
1.1.3 Contexto Regional.	11
1.1.4 Contexto Local.....	12
1.2 Situación problemática.....	13
1.3 Planteamiento del Problema	14
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas Derivados	16
1.4 Delimitación de la Investigación.....	17
1.5 Justificación	17
1.6 Objetivos.....	18
1.6.1 Objetivo General	18
1.6.2 Objetivos Específicos.....	18
CAPITULO II	19
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1 Marco teórico.....	19
2.1.1.1 ESTILO DE VIDA	19
2.1.1.2 Estilos de vida saludables	21
2.1.1.3 Hábitos nutricionales	22
2.1.1.4 La dieta equilibrada en el adulto mayor	24
2.1.1.5 Estado emocional	27
2.1.1.6 DIABETES MELLITUS	29

2.1.1.7 Definición y clasificación	29
2.1.1.9 Epidemiología.....	31
2.1.1.10 Factores de riesgo	32
2.1.1.11 Complicaciones	34
2.1.1.12 Prevención.....	34
2.1.1.13 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	36
2.1.1.14 Intervenciones de Enfermería.....	37
2.1.1 Marco conceptual	38
2.1.2 Antecedentes investigativos	39
2.2 Hipótesis	40
2.2.1 Hipótesis general.....	40
2.3 Variables	41
2.3.1 Variables Independientes.....	41
2.3.2 Variables Dependientes	41
2.3.3 Operacionalización de las variables	41
CAPITULO III.....	48
3.1 Método de investigación	48
3.2 Modalidad de investigación	48
3.3 Tipo de Investigación.....	48
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	49
3.4.1 Técnicas.....	49
3.4.2 Instrumento.....	49
3.5 Población y Muestra de Investigación	50
3.5.1 Población.....	50
3.5.2 Muestra	50
3.6 Cronograma del Proyecto	51
3.7 Recursos.....	52
3.7.1 Recursos humanos	52
3.7.2 Recursos Económicos.....	52
3.8 Plan de tabulación y análisis de datos.....	52
3.8.1 Base de datos	53
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos.....	53
CAPITULO IV	54

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	54
4.1 Resultados obtenidos de la investigación	54
4.1.1. Datos generales de la población estudiada	54
4.2 Análisis e interpretación de los datos	67
4.3 Conclusiones	75
4.4 Recomendaciones	76
CAPITULO V	77
5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	77
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación	77
5.2 Antecedentes	77
5.3 Justificación	79
5.4 Objetivos	80
5.4.1 Objetivo General	80
5.4.2 Objetivos Específicos.....	80
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta	80
5.5.1 Estructura general de la propuesta.....	80
5.5.1.1 Principales temas a tratar en las charlas educativas que se impartirán	81
5.5.2 Componentes	82
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	83
5.6.1 Alcance de la alternativa	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	98

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Grupo de edades y sexo de la población.....	54
Tabla 2: Nivel de escolaridad.....	54
Tabla 3: Estado civil.....	55
Tabla 4: Evaluación nutricional de acuerdo a IMC.....	55
Tabla 5: Información sobre formas de alimentarse.....	56
Tabla 6: Información sobre estado nutricional	56
Tabla 7: Información sobre tipos de alimentos a ingerir	57
Tabla 8: Frecuencia de registro de signos vitales.....	57
Tabla 9: Frecuencia de realizar control de glicemia.....	58
Tabla 10: Nivel de glicemia.....	58
Tabla 11: Sugerencia de revisión médica.....	58
Tabla 12: Seguimiento al cumplimiento en la toma del medicamento	59
Tabla 13: Evaluación del estado de ánimo	59
Tabla 14: Evaluación del nivel de depresión.....	60
Tabla 15: Frecuencia de consumo habitual de comidas.....	60
Tabla 16: Consumo de alimentos ricos en carbohidratos	61
Tabla 17: Consumo de alimentos ricos en proteínas.....	61
Tabla 18: Consumo de frutas al día.....	62
Tabla 19: Consumo de bebidas azucaradas	62
Tabla 20: Cantidad de agua de consumo diario	62
Tabla 21: Frecuencia de consumo de suplementos	63
Tabla 22: Frecuencia de visita por los familiares	63
Tabla 23: Adecuada comunicación en el Hospicio	64

Tabla 24: Grado de interacción interpersonal.....	64
Tabla 25: Grado de colaboración.....	64
Tabla 26: Frecuencia de participación en actividades físicas	65
Tabla 27: Tipo de actividades físicas.....	65
Tabla 28: Tipo de actividades recreativas	66
Tabla 29: Calificación de atención recibida.....	66
Tabla 30: Tipo de problemas de adaptación.....	66
Tabla 31: Tipo de complicaciones en la salud	67

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A nuestros padres, por ser el motor que me impulsa a cumplir todos nuestros objetivos planteados, por el apoyo incondicional que nos han sabido dar durante los años de estudios.

A nuestras hermanas por estar siempre presente, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de la vida.

A nuestros docentes, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios que fue nuestro principal apoyo y motivador, por protegernos durante todo el camino, hasta llegar a este momento tan especial de nuestras vidas, por la fuerza para superar obstáculos y dificultades.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, por darnos la oportunidad de formarnos en ella, a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, de manera directa o indirecta.

Agradezco de manera especial a la Dra. Maritza Gallegos Zurita como tutora de este proyecto de Investigación, que nos brindó su conocimiento y orientación respectiva para el desarrollo de la investigación y en la elaboración del informe final.

Gracias a nuestros padres que fueron nuestros mayores promotores durante este proceso, que de manera incondicional entendieron nuestras ausencias y malos momentos; que, a pesar de la distancia siempre estuvieron a nuestro lado.

A todos ustedes mi mayor, reconocimiento y gratitud.

Las autoras

TEMA

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, DEL HOSPICIO CORAZÓN DE JESÚS, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, OCTUBRE 2019-MARZO 2020.

RESUMEN

El estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. **Objetivo:** Determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período de tiempo que transcurre desde octubre 2019 hasta marzo 2020. **Metodología:** Investigación cualitativa, de campo, aplicada, descriptiva, transversal; se aplicó un cuestionario a 96 adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II. **Resultados:** El rango de edad de la población estudiada fue de 65 a 75 años, siendo más frecuente los adultos mayores de 70-74 años (65,6%), el mayor porcentaje tiene un nivel de escolaridad secundaria (66,66%), de estado civil casados (65,62%), unión libre (16,66%), sobrepeso (60,4%), presentan con frecuencia depresión (31,2%) y ansiedad (18,7%); siendo la hipertensión arterial (63,5%) una de las complicación más frecuentes; en cuanto a la alimentación, consumen bebidas azucaradas diariamente (55,2%), y el consumo de agua es muy bajo, el 57,29%, solo dos vasos de agua diario; el 67,7% nunca participa en actividades físicas; y, califican la atención recibida como buena (83,3%). **Conclusiones:** Las principales actividades de enfermería aplicadas al adulto mayor son: brindar información sobre las formas de alimentarse, informar sobre el estado nutricional; además, informar sobre los tipos de alimentos que debe consumir. Actividades como: la participación en actividades físicas; el ser visitados siempre por los familiares; la adecuada comunicación; las buenas relaciones interpersonales; el grado de colaboración; la participación en actividades recreativas como el trabajo artesanal; son factores que están contribuyendo a mejorar el estilo de vida.

Palabras claves: Estilo de vida, adulto mayor, atención de enfermería.

ABSTRACT

The lifestyle represents the set of decisions that individual makes about his health and over which it exercises a certain degree of control. **Objective:** Determine the incidence of quality of nursing care in the lifestyle of older adults with Diabetes Mellitus II, from Hospicio Corazón de Jesús, Guayaquil canton, Guayas province, in the period from October 2019 to March 2020. **Methodology:** Qualitative, field, applied, descriptive, cross-sectional research; A questionnaire was applied to 96 older adults with Diabetes Mellitus II. **Results:** The age range of the population studied was 65 to 75 years, being more frequent adults over 70-74 years (65,6%), the highest percentage has a secondary school level (66.66%), marital status married (65.62%), free union (16.66%), overweight (60.4%), frequently have depression (31.2%) and anxiety (18.7%); being arterial Hypertension (63.5%) one of the most frequent complications; in the terms food, they consume sugar drinks daily (55.2%), and water consumption is very low, (57.29%), only two glasses of water daily; (67.7%) never participate in physical activities; and they rate the care received as good (83.3%). **Conclusions:** The main nursing activities applied to the older adults are: provide information on ways of feeding, inform about nutritional status; also, inform about the types of food you should consume. Activities such as: participation in physical activities; being always visited by family members; suitable communication; good interpersonal relationships; the degree of Collaboration; participation in recreational activities such as craft work; These are factors that are contributing to improve the lifestyle.

Keywords: Lifestyle, older adults, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La preservación de la salud física y mental constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el ciudadano y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad, dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes; tal legado es un estilo de vida (Torrejón y Reyna, 2012).

A propósito, Torrejón y Reyna (2012) consideran que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde este punto de vista, las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo, en el adulto mayor. Según este concepto, la calidad de vida resulta dependiente no sólo del estado biológico sino de las condiciones del medio ambiente relacionadas en un sentido amplio (Interacción social, hábitos, adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas), un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento óptimo de su salud.

En la última década, a causa de estilos de vida inadecuados la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento en la población de adultos mayores, la diabetes mellitus (DM) es una de estas patologías relacionadas con múltiples factores de riesgo determinantes en su aparición. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2015), hubo 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones que aún no están diagnosticados. El mismo reporte declara que en el Ecuador la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 %.

El instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador en su informe final del año 2014, reportó a la diabetes mellitus como la segunda causa de muerte general, la primera causa de mortalidad en las mujeres y la tercera causa en los hombres. En el país, la prevalencia de diabetes mellitus creció en el tercer decenio de la vida, en un 12,3% para los mayores de 60 años y en un 15,2% al grupo entre 60 a 64 años, las mayores tasas se encontraron en las provincias de la Costa y la zona insular del país, siendo las mujeres las que se afectaron mayormente (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2019). Este aumento en la prevalencia se considera a causa del estilo de vida inadecuado de la población en general.

A propósito, por ser la diabetes mellitus una problemática mundial que afecta a ambos sexos, sin distinción de raza y por la repercusión individual, familiar y social (Loor et al., 2019); es necesario intervenir con acciones que mejoren la atención mediante la promoción de acciones de prevención que modifiquen estilos de vida y de esta manera disminuir la incidencia y el daño a la familia y la economía que produce la enfermedad, además mejorar la calidad de vida.

El problema para estudiar está enmarcado en las líneas de investigación de la Universidad Técnica de Babahoyo, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Escuela de Salud y Bienestar, así como de Enfermería, relacionado con los sistemas de salud, cuidados a grupos de atención prioritaria.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

El estilo de vida son las actividades libres con un impacto significativo sobre el estado de salud, y que forman parte de un patrón diario. La Asociación Americana de Diabetes afirma que la modificación del estilo de vida es un aspecto fundamental para el autocontrol de la DM2, incluye educación, monitoreo, nutrición, actividad física, dejar de fumar y cuidado psicosocial (American Diabetes Association, 2017). La modificación del estilo de vida en el anciano es uno de los retos de la práctica profesional de enfermería, en la que se requiere disponer de un cuerpo de conocimientos propio a través de las teorías y modelos, aplicar el método científico mediante el proceso de enfermería y disponer un lenguaje científico común (American Diabetes Association citado por Muñiz et al., 2019).

1.1.1 Contexto Internacional

En la actualidad existe amplia evidencia sobre la relación entre estilos de vida saludables y la disminución de la morbimortalidad, para las principales enfermedades crónicas. Se estima que el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de la diabetes mellitus tipo 2; así como el 30% del cáncer, se podrían prevenir siguiendo una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y el abandono del tabaco. De hecho, enfermedades, como la obesidad, la diabetes mellitus 2, cáncer, son responsables del 60% de muertes que se produjeron en al año 2000 y se estima que

para el año 2020 estas enfermedades serán responsables del 75% de todas las muertes (Ávila et al., 2016).

En este contexto, Holke de Ibarburu citado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define, “la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce”. En 2014, el 8,5 % de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes en 2012 (Mathers y Loncar, citado por OMS 2018).

En México, 11.5 millones de personas viven con esta enfermedad, la mayor prevalencia se observa en los ancianos: hombres y mujeres de 60 a 69 años (27.7% y 32.7% respectivamente), y de 70 a 79 años (29.8%). La DM2 y sus complicaciones conllevan importantes pérdidas para las personas que la padecen y sus familias, el 90% de los casos de diabetes mellitus a nivel internacional, en su gran mayoría, se producen por un excesivo peso corporal y un estilo de vida inadecuado o no saludable (Muñiz et al., 2019).

En 2019, quedó estimado que un total de 463 millones de personas viven con diabetes, lo que representa el 9.3% de la población adulta mundial (20–79 años). Se espera que este número aumente a 578 millones (10.2%) en 2030 y 700 millones (10.9%) en 2045. La prevalencia de diabetes en mujeres en 2019 se estima en 9.0% y 9.6% en hombres. El aumento de la prevalencia de diabetes con la edad conduce a una prevalencia del 19,9% (111,2 millones) en personas de 65 a 79 años (Saeedi et al., 2019).

El Atlas (2017) considera que la edad es un factor de riesgo importante para la diabetes tipo 2. En la región de Europa, el 30,8 % de la población general tenía entre 50 y 79 años en 2015 y se espera aumente a 35,6 % para 2040. En gran medida, la

mayor prevalencia de diabetes tipo 2 y tolerancia a la glucosa alterada es una consecuencia del envejecimiento de la población europea (Atlas, C. d., 2017).

Además, se estima que 14,2 millones de adultos de entre 20-79 años tienen diabetes en la región de África, representando una prevalencia regional de 2,1-6,7 %. La Región de África tiene una de las mayores proporciones de diabetes sin diagnosticar; más de dos tercios (66,7 %) de las personas con diabetes desconocen que tienen la enfermedad (Atlas, C. d., 2017). Otro de los países con mayor prevalencia comparativa ajustada por edad es Turquía con (12,8 % prevalencia comparativa, 12,5% prevalencia en bruto) y el tercer mayor número de personas con diabetes en la región europea (6,3 millones), después de Alemania (6,5 millones) y la Federación Rusa (12,1 millones) (Atlas, C. d., 2017).

En Latinoamérica, según la (Organización Panamericana de la Salud (OPS) citado por Tello 2017) la diabetes representa la cuarta causa de mortalidad, señalando que más de 60 millones de personas tienen diabetes y que más de medio millón mueren por esta causa cada año en este continente, siempre con mayor incidencia en los adultos mayores.

1.1.2 Contexto Nacional

La República del Ecuador está situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256,370 km² geográficamente dividida en cuatro regiones: Sierra, Costa, Amazonia, e Insular; está compuesta por 24 provincias, 269 cantones, a su vez divididos en parroquias rurales y urbanas. El 50 % de la población habita en la Costa, 45 % en la Sierra, 5 % en la Amazonia y el 0,2 % en la Región Insular.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) (2017), en el Ecuador, aportó cifras de prevalencia de la diabetes en adultos hasta los 79 años de 8.5 %, y dentro de las

causas principales que desencadenan esta enfermedad están: la adopción de estilos de vida no saludables (hábitos alimenticios inadecuada, índices elevados de sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el hábito de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo excesivo de sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos (Villafuerte, 2019).

Según datos provenientes de un estudio realizado por el (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2017) entre los años 2007 y 2016 el número de fallecidos por diabetes en Ecuador creció de 3.292 a 4.906 personas, un incremento de 51 %. Además, el estudio realizado por la misma entidad demuestra que 6 de cada 10 ecuatorianos no realizan deportes o actividades físicas de manera regular.

Cifras publicadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Milagro generan preocupación. “De los 160.000 ciudadanos que residen en este cantón, el 6.25 % padece de diabetes, una cantidad elevada considerando el número de habitantes de esta localidad (Balladares y Freire, 2017).

1.1.3 Contexto Regional.

En algunas regiones del país el comportamiento o estilo de vida de los ancianos ha mantenido una relación directa con la aparición de la diabetes mellitus en la que se mantiene la influencia de factores de riesgo que por su dimensión influyen en la aparición de la enfermedad, en este sentido, en 2014, Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT) indica que a nivel regional el porcentaje más alto de obesidad/diabetes, analizado solo con adultos entre 21 y 59 años, lo tiene la Región Costa, con un promedio de 25.20 %. En el comportamiento por regiones, la Costa con el 3.89 % es la de mayor porcentaje, seguida de la Sierra con un 1.91 % y la Amazonía con el 1.62 %. Existe una relación positiva entre Diabetes y la región Costa, lo que implica que los habitantes de la región Costa, tiene 1.54 veces mayor

probabilidad de tener diabetes. Por otro lado, en la Amazonía ocurre lo contrario. La probabilidad de no tener diabetes es de 10 %.

En el estudio de Villafuerte y Abel (2019) en el cantón Paján hacen referencia a los datos estadísticos de la Unidad Operativa del Distrito de Salud 13D09, planteando que el número de pacientes diabéticos que reciben tratamiento ascienden a 703 personas (...), con la creciente evolución negativa de diferentes tendencias y hábitos culturales, como la escasa actividad física, la mala alimentación y la tendencia a padecer cada vez más el sobrepeso parece que camina con paso firme hacia un gran número de pacientes de diabetes. Los datos de esta terrible pandemia se siguen consolidando año tras año, y sin duda se ha convertido en uno de los mayores males que los seres humanos padecen.

1.1.4 Contexto Local

En la ciudad donde se realizará el estudio, Guayaquil, según la encuesta ENSANUT (2014) el 62,8 % de la población entre 19 y 59 años tiene sobrepeso. En el 2015 se contabilizaron 6.817 nuevos casos de obesidad en el grupo de edades de 20 y 49 años en la Zona 8 de Salud (Guayaquil, Durán y Samborondón). Esto se duplicó a 13.303 en el año 2016 (El Universo, 2017). Considerada la obesidad como un factor de riesgo para diabetes en este cantón.

En el cantón Guayaquil y en la provincia del Guayas, a medida que la población envejece las enfermedades crónicas aumentan, debido a la adopción de estilos de vida inadecuados, la diabetes mellitus, se encuentra dentro de las primeras causas de morbimortalidad, sin embargo, existen pocos estudios relacionados con la temática; el enfoque preventivo mediante la determinación o evaluación de la calidad de la atención de enfermería es escaso. Las autoras, al revisar la literatura, consideran insuficiente las publicaciones que tratan la temática para el análisis local del tema.

1.2 Situación problemática

Los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta, como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, y estos a su vez constituyen un factor de riesgo para la aparición de la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas. A propósito, es la diabetes mellitus una de las enfermedades con mayor incidencia en los adultos mayores, representa hoy en día una de las mayores emergencias mundiales de salud del siglo XXI. Cada año más y más personas viven con esta condición, que puede desencadenar complicaciones a lo largo de la vida. Además de los 415 millones de adultos que actualmente tienen diabetes, hay 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, lo que les sitúa en un alto riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro (Atlas, 2017).

Es considerada un problema de salud importante que ha alcanzado niveles alarmantes. En 2019, casi medio billón de personas (9.3% de adultos de 20 a 79 años) viven con diabetes en todo el mundo. El número estimado de personas (20–79 años) que viven con diabetes ha aumentado en un 62% durante los últimos 10 años; de 285 millones en 2009 a 463 millones, hoy. Actualmente, la mitad (50.1%) de las personas con diabetes no saben que tienen diabetes (Saeedi et al., 2019).

González citado en Ulloa et al. (2017) al analizar las cifras y conocer las graves complicaciones que tienen que enfrentar los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, llama la atención los costos socio sanitarios asociados al tratamiento y sus complicaciones, lo que representa una grave carga para los servicios de salud, el paciente, la familia y la sociedad, por ello, es importante la participación del profesional de enfermería, a través de intervenciones educativas dirigidas a fortalecer el autocuidado en las personas con DM (Pimentel como se cita en Ulloa et al., 2017).

Teniendo en cuenta el anterior planteamiento, la enfermera tiene un gran protagonismo en la educación del paciente, con unos objetivos orientados a conseguir

un cambio de actitudes y comportamientos que promuevan la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad. Asimismo, desempeña un papel relevante en la prevención, el control y seguimiento de la enfermedad, al intervenir de una manera eficaz sobre el conjunto de factores de riesgo cardiovascular que presenta el paciente, valorar el grado de control y de seguimiento de las recomendaciones, y planificar las actividades para conseguir los objetivos terapéuticos marcados (RedGDPS, 2012).

Desde la perspectiva de enfermería el autocuidado es una estrategia que responde a las metas y prioridades de la disciplina, que puede considerarse como una herramienta útil para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de sus complicaciones (Ulloa et al., (2017), sin embargo, la utilización de algunos instrumentos educativos con el objetivo de modificar estilos de vida para prevenir futuras complicaciones en los enfermos de diabetes, no se están utilizando con efectividad por el personal de enfermería en algunas instituciones de salud.

Por tales motivos, la presente investigación estuvo encaminada a la búsqueda científica de determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período de tiempo que transcurre desde octubre 2019 hasta marzo 2020.

1.3 Planteamiento del Problema

En el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II, las prácticas inadecuadas de estilos de vida contribuyen a incrementar el mal control metabólico, por ende, la morbimortalidad, produciendo así muertes prematuras. Al respecto la OMS señala que 2,7 millones de muertes anuales son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras y 1,9 millones son atribuibles a la inactividad física; por lo tanto, los organismos internacionales dedicados al cuidado de esta enfermedad, entre ellos la

OMS, recomienda mantener una buena práctica de estilo de vida (World Health Organization, 2004).

Debido a lo señalado, algunos autores calculan que, en la actualidad, el efecto que produce el vivir una vida sana, sin riesgos, es tan importante, que influye notablemente en una mejor esperanza de vida. Los individuos que adoptan un estilo de vida sano, alcanzan a aumentar su longevidad entre el 30 y el 40 %, en relación a la longevidad actual (San Martín citado por Guerrero y León, 2010).

Los malos estilos de vida son responsables de la epidemia de diabetes tipo II que está cobrando un precio muy alto a las personas, familias y comunidades. Las estrategias eficaces para responder a estas interacciones exigen una visión global, modelos innovadores, asociaciones y responsabilidad de todos los interesados. Se requiere de intervenciones multifactoriales en muchos sistemas y a distintos niveles (Casanova et al., 2016).

Los adultos mayores se han visto afectados por la diabetes mellitus en el Ecuador y cada vez las tasas de incidencia crecen, dato confirmado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2014) que informó un aumento en la prevalencia a partir de los 30 años, llegando a la conclusión que uno de cada diez ecuatorianos tenía diabetes para la fecha. En el país existen diversos factores de riesgo que condicionan y/o permiten el desarrollo de esta enfermedad como son: el sedentarismo, la obesidad y el sobrepeso, conjuntamente de la edad avanzada de los habitantes ecuatorianos, conllevan a un desarrollo progresivo de tan terrible patología (La Hora Nacional, 2013). En el Hospicio Corazón de Jesús, del cantón Guayaquil, en la provincia Guayas de acuerdo con los datos estadísticos otorgados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se pudo corroborar que existe un alto índice de adultos mayores que padecen Diabetes Mellitus tipo II y con un estilo de vida inadecuado a pesar de las actividades educativa que se brindan.

La atención al adulto mayor por el personal de salud, sigue siendo una problemática en esta institución de salud, según las autoridades consultadas, por no cumplirse con algunos protocolos. Para algunos con estado de salud aparentemente estable y otros con algún tipo de enfermedad es fundamental el apoyo de la familia y del personal de enfermería para conseguir que las acciones y cuidados que realicemos a este grupo poblacional sean correctos y eficaces. El protocolo de cuidado a estos pacientes en los centros de atención, contribuirá a elevar el modo de actuación del personal de enfermería, brindando una atención integral y personalizada con calidad en la prestación.

1.3.1 Problema General

¿Cómo incide la calidad de la atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuáles son las actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?

¿Qué estilo de vida presentan los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, que residen en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?

¿Cuáles son los factores que contribuyen a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?

1.4 Delimitación de la Investigación

El presente proyecto de la investigación se delimita de la siguiente manera:

Unidad de observación:

Adultos mayores con Diabetes Mellitus II, historia clínica y personal de enfermería.

Delimitación espacial:

Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas.

Delimitación temporal

La investigación se la realizará durante el periodo de octubre 2019-marzo 2020.

1.5 Justificación

La investigación que planteamos tiene como propósito determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, atendidos en el Hospicio Corazón de Jesús, del cantón Guayaquil, provincia Guayas, durante el período comprendido entre octubre 2019 - marzo 2020, a través de la identificación de las acciones de enfermería en su rol diario en las que incluyen actividades recreativas y físicas que permitan prevenir y reducir las graves consecuencias derivadas de la patología.

Tiene como objetivo principal establecer la relación que existe entre la calidad de atención de enfermería y el estilo de vida de los adultos mayores atendidos en esta unidad de salud, que permitan brindar un aporte científico y sustentado, comprender la problemática presente y contribuir a la prevención.

Así mismo el presente estudio facilitará promover el desarrollo de nuevas investigaciones en la temática debido al rigor científico con que será desarrollada, favoreciendo la creación de nuevas estrategias de atención, con el fin de mejorar la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo de los adultos mayores que padecen de

esta patología, a través de la generación de nuevos protocolos de atención, fundamentados en programas educativos que promuevan un mejor acceso a la información sobre los factores de riesgo, la implementación de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, para disminuir las posibilidades de complicaciones vasculares y renales.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período de tiempo que transcurre desde octubre 2019 hasta marzo 2020.

1.6.2 Objetivos Específicos

Identificar las actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020

Evaluar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, que residen en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.

Identificar los factores que contribuyen a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

2.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Definición

Desde la postura epidemiológica, se define como “el conjunto de comportamientos que Desarrollo las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud”. Sin embargo, esta representación, no considera al hombre dentro del sistema socioeducativo, reduciéndolo simplemente a un modo o hábito de vida (Guerrero y León, 2010).

Algunos autores plantean que el estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales (Guerrero y León, 2010). Según Mueras (2019) se considera a aquel proceso que conllevan a que se satisfagan las necesidades del ser humano con el fin de lograr el bienestar, siendo consideradas positivas a aquellas conductas que influyen de manera positiva en el bienestar tanto mental, físico y social, que en otras palabras es la asociación de una nutrición y alimentación adecuada.

Existen otros dominios que integran el estilo de vida dentro de los que se incluyen las conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, la actividad física diaria, el hábito de fumar, el alcohol y el consumo de drogas, responsabilidad para la salud, las actividades recreativas, las relaciones interpersonales, las prácticas

sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (Ramírez y Carvajalino como se cita en Mueras, 2019).

Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectivos y conductas de riesgo (Mueras 2019).

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad (Aponte, 2015).

El estilo de vida a su vez se divide en cinco dominios:

- Dieta.
- Actividad física.
- Toxicomanías.
- Autoestima.
- Apego al tratamiento (Romero, Díaz, Romero, 2011).

Por su parte, Lazarus como se cita en Mueras (2019) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales es cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen

funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez citado en Muera, 2019).

2.1.1.2 Estilos de vida saludables

Para Exaltación, citado por Sánchez et al (2018) los estilos de vida incluyen patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y mejorar su salud, estos son productos de dimensiones personales, ambientales y sociales que emergen no solo del estado de salud de la persona sino también de su historia persona. Además, Sánchez et al. (2018) continúa insiste en que las formas cotidianas de vivir aplican para las distintas áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, que satisfacen adecuadamente las propias necesidades y optimizan su calidad de vida, incluyen entre otros la instauración con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado, cuidado médico y el sueño.

Actividad Física

El ejercicio físico debe estar adaptado a la edad, el estado global de la persona y sus gustos. Es preferible que el anciano diabético realice ejercicio moderado de manera regular, que de gran intensidad y en un corto período. Ejercicios recomendados para los ancianos diabéticos son los paseos, natación o montar en bicicleta (Pérez y Ruano, 2004).

Para el paciente diabético, el ejercicio físico realizado de manera regular es importante por varias razones:

- Aumenta la eficacia de la insulina y reduce los valores de glucosa en sangre, porque aumenta el consumo de glucosa por el músculo.
- Previene la enfermedad cardiovascular.
- Ayuda a perder o a mantener el peso corporal (Pérez y Ruano, 2004).

A propósito de la actividad física, Sánchez et al. (2018) también plantea que esta se relaciona con los movimientos corporales y actividades que requieren el consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen a la salud. Considera que realizar ejercicios físicos como parte del estilo de vida diario previene la diabetes tipo II. El ejercicio también tiene efectos positivos a nivel psicológico, al ayudar a la regulación emocional del individuo, disminuye la depresión, la ansiedad, los estados de tensión, por tanto, aumenta la sensación de bienestar o plenitud emocional (Sánchez et al., 2018).

Desde 1926, Lawrence demostró que el ejercicio físico potenciaba la acción de la insulina, este se encontraba totalmente incorporado al tratamiento del diabético. La importancia del ejercicio físico en los pacientes diabéticos radica en la sistematicidad del mismo, conviene que sea aeróbico y de intensidad moderada, si se logra practicar regularmente repercutirá positivamente en el control metabólico (Rodríguez, Lorente, Lara, Araujo y Gainza, 2016).

2.1.1.3 Hábitos nutricionales

Según Exaltación como se cita en Sánchez et al (2018) los hábitos nutricionales tienen relación con la selección e in gestión de alimentos, el tipo seleccionado en la dieta diaria, la cantidad a ingerir, los horarios y los espacios en los que los consumen y en algunos casos las prácticas relacionadas con el control de peso. Por tanto, estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el

funcionamiento diario del organismo, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud, y previenen la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo II.

Algunos autores plantean que el estado nutricional normal predominante entre hombres y mujeres, sería el reflejo de la buena adecuación de los hábitos alimentarios en este grupo de estudio, a diferencia de la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad de adultos mayores reportados en diferentes investigaciones (Sánchez, la Cruz, Cereceda y Espinoza, 2014); (Zaragoza, Ferrer, Cabañero, Hurtado y Laguna, 2015); (Barrón, Rodríguez y Chavarría, 2017).

En los adultos mayores, los hábitos alimentarios son más heterogéneos que los del resto de la población y factores como el estado físico, medios materiales de que disponen, elementos psicológicos y sociales, pueden influir en ellos. Se ha demostrado como estos hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y enfermedades crónicas y nutricionales asociadas con el envejecimiento, además de disminuir la calidad de vida de este colectivo humano, comprobando que son componentes fundamentales para la conservación de la autonomía funcional en el desarrollo de un envejecimiento exitoso (Barrón, Rodríguez y Chavarría, 2017).

La calidad de vida y longevidad de las personas mayores depende en gran parte de los hábitos de alimentación y diferentes factores de tipo psico-social, que determinan la seguridad alimentaria y nutricional, como la soledad, falta de recursos, baja disponibilidad de alimentos, anorexia y enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (Barrón, Rodríguez y Chavarría, 2017).

2.1.1.4 La dieta equilibrada en el adulto mayor

Se recomienda el consumo de los siguientes alimentos en el día (Bolet y Socarrás, 2009):

11 raciones de alimentos del grupo de cereales (arroz, pasta, pan, etcétera) o papas.

3 - 5 raciones de verduras y hortalizas.

2 - 4 raciones de fruta (se recomienda algún cítrico).

3 - 4 raciones de lácteos.

2 - 3 raciones de carnes o equivalentes; pescados, huevos, leguminosas.

30 - 40g de grasa, principalmente aceite de oliva o de semillas (Bolet y Socarrás, 2009).

Calorías

En la etapa de la tercera edad, el gasto energético se ve disminuido al reducirse la actividad física. Los adultos mayores generalmente necesitan de 30 % menos calorías que las que necesitaban cuando eran jóvenes. Para saber la cantidad de calorías que puede consumir el adulto mayor, hay que conocer cuánta actividad física realiza por día (Arévalo, 2017).

Azúcar

Es preferible eliminarla por completo del plan alimenticio del adulto mayor con diabetes. Sin embargo, endulzar ciertos alimentos como la leche, jugos o algún postre, debe hacerse de forma moderada. Reemplaza el azúcar por Stevia o cualquier otro edulcorante. La OMS recomienda a los adultos mayores, que su consumo diario de azúcar no exceda el 5% de las calorías (Arévalo, 2017).

Proteínas

El consumo de proteínas deberá representar del 10 al 20% de la ingesta calórica. Los adultos mayores que tienen una infección, heridas u otras enfermedades que generen estrés, necesitan un aumento de proteínas y calorías. Es recomendable que

el adulto mayor consume carne, pollo, pescado, legumbres, huevos y frutas secas, entre 2 a 3 porciones diarias. Ayudan a renovar y reparar los tejidos del cuerpo (Arévalo, 2017).

El pescado debe introducirse en la dieta de un anciano diabético 4 veces a la semana, por término medio. Los pescados recomendados son tanto los blancos como los azules (Pérez y Ruano, 2004).

Carbohidratos

Cuando se trata de carbohidratos, es más importante la cantidad que la fuente. Alimentos que contienen azúcar pueden ser sustituidos por otros carbohidratos en el plan de alimentación. Por ejemplo, una rebanada de pan en el desayuno preferible integral o ½ taza de arroz o pasta en el almuerzo y/o merienda que también puede ser integral (Arévalo, 2017).

Para el adulto mayor con diabetes mellitus, la American Diabetes Association, (2017) orienta que la cantidad recomendada de porciones de carbohidratos debe estar basada en su peso, nivel de actividad, medicamentos para la diabetes y objetivos que se ha propuesto respecto a sus niveles de glucosa en la sangre. El nutricionista o educador de la diabetes debe personalizar el plan nutricional. Para ello, en las guías generales de consumo sugiere:

- 45-60 gramos de carbohidratos en cada comida.
- 15-20 gramos en cada refrigerio (American Diabetes Association, 2017).

Vitaminas y minerales

En el adulto mayor consumir alimentos ricos en vitaminas B1, B2, C, D, calcio y magnesio ayudan a mantener un cerebro sano evitando la degeneración producida por enfermedades como Alzheimer.

- Vitaminas B1, B2: huevos, hígado, aguacate, lentejas, levadura de cerveza, garbanzos, leche
- Vitamina D: leche, huevo, atún
- Vitamina C: naranja, mandarina, kiwi, mango, brócoli, pimiento verde
- Calcio: leche, brócoli, ajonjolí, pistachos, espinacas.
- Magnesio: almendras, nueces, semillas de girasol, salvado de trigo (Arévalo, 2017).

Fibra

La Asociación Americana de Dietética recomienda a las personas de la tercera edad, consumir de 20 a 35g de fibra al día y en algunos adultos el consumo puede ser más alto. Tales como: frutas, legumbres, frutas secas, arroz integral, avena, cebada, trigo, maíz y salvado de arroz. Recuerda que deben ser en pequeñas porciones, no abusar y siempre deben ser acompañadas por una suficiente cantidad de agua (Arévalo, 2017); (ADA, 2017).

Hidratación

Tomar 1,5 a 2 litros diarios de agua para evitar la deshidratación, ayudar a la resequedad de la piel y es recomendado cuando los niveles de azúcar en la sangre están elevados (Arévalo, 2017); (ADA, 2017).

Los refrescos con azúcar, colas y tónica están prohibidos debido a su alto contenido en azúcar. Por lo demás, pueden tomar con libertad agua, con o sin gas, refrescos sin azúcar, café o infusiones. En caso de querer endulzar estas bebidas, volvemos a resaltar la importancia de utilizar edulcorantes artificiales como sacarina (Pérez y Ruano, 2004).

2.1.1.5 Estado emocional

Según Sánchez et al (2018) desde que se estableciera una tipología de relación del temperamento con la enfermedad, la relación entre los procesos psicológicos y las reacciones fisiológicas del individuo ha sido uno de los problemas conceptuales de mayor envergadura relacionadas a las enfermedades.

La depresión es uno de los factores más peligrosos que afectan a los adultos mayores. Asimismo, está claro que su aparición obedece a múltiples causas, por lo cual en el tratamiento orientado a combatirla deben intervenir todas aquellas personas, profesionales o no, que estén en contacto con el adulto mayor (Meléndez, 2014).

La característica esencial de un adulto mayor deprimido es la pérdida de interés y emoción en la realización de las actividades y pasatiempos habituales. Los síntomas depresivos, se acentúan con una edad avanzada; sin embargo, hay que afirmar también que la depresión es un estado de ánimo tratable, por ello se desprende de las demás fluctuaciones anímicas (Meléndez, 2014).

En el manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente Meléndez (2014) insiste en que el adulto mayor deprimido puede presentar su depresión de formas muy distintas entre sí, es por esto que habrá enormes diferencias de un caso a otro. En su estado funcional pueden presentar abatimiento, tristeza, miedo, llanto, irritabilidad, aislamiento propio, etc. En cuanto al aspecto cognoscitivo se pueden presentar alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes e incluso tentativas suicidas.

La comunicación efectiva en la etapa de la vejez es muy importante. Es bueno crear un espacio de interacción donde las personas mayores sientan que son escuchadas y que son importantes en nuestras vidas. Es bueno que dispongan de la compañía que necesitan. (Cuideo, 2019).

A propósito, Cuideo (2019) toma en cuenta que a medida que pasan los años, y dependiendo de su estado de salud, una persona va perdiendo su interacción social. Esto pone en manifiesto que mantener una comunicación efectiva en todo momento es fundamental para su calidad de vida, pero, además, tratar que esa comunicación sea algo frecuente es también muy importante para evitar el sentimiento de soledad (Cuideo, 2019).

Estilo de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II

La diabetes mellitus es una enfermedad determinada por factores de difícil modificación como la predisposición genética, pero hay otros que van a influir en su aparición y la evaluación de la misma como son los comportamientos habituales (alimentación, actividad física, manejo de emociones, consumo de alcohol, tabaco) por lo que el estilo de vida, es una variable importante en el de cursar de la enfermedad, residiendo en la modificación y control del mismo, el éxito en el mantenimiento del estado de salud actual del paciente (Sánchez et al., 2018).

Para los profesionales de salud que atienden a los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, obesidad, entre otros, se han asociado con la ocurrencia, curso clínico y control de la enfermedad. Modificar los factores de riesgo antes mencionados, podría retrasar o prevenir la aparición de la diabetes mellitus o cambiar su curso natural (Ramírez y Carvajalino, 2015).

Guerrero y León (2010) consideran que el estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas

prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores proyectivos y conductas de riesgo (Guerrero y León, 2010).

2.1.1.6 DIABETES MELLITUS

2.1.1.7 Definición y clasificación

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades crónicas más prevalentes asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. En la actualidad más de 382 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y se estima que alcance los 592 millones para el 2035. La actividad de enfermería con el paciente en la atención es determinante para la modificación de este hecho. En este sentido, la calidad de la atención del paciente diabético adquiere un valor determinante en este propósito (Naranjo, Felipe, Sánchez y Cuba, 2019).

La DM es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia secundaria a un defecto en la acción y/o secreción de insulina, acompañada de alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas, provocando daños microvasculares y macrovasculares que afecta a diferentes órganos diana (Monroy y Altamirano citado por Ulloa et al., 2017). Es considerada actualmente una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen (Llor et al., 2019).

La diabetes mellitus “es un estado crónico que ocurre cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede utilizar insulina, y se diagnostica observando los niveles altos de glucosa en sangre” (Atlas, 2017). La insulina es una hormona producida en el páncreas. Se requiere para transportar la glucosa desde la sangre al

interior de las células del cuerpo donde se utiliza como energía. La falta, o ineficacia, de la insulina en las personas con diabetes significa que la glucosa continúa circulando en la sangre. Con el tiempo, los altos niveles resultantes de glucosa en sangre (conocida como hiperglucemia) causan daño a muchos tejidos del cuerpo, dando lugar al desarrollo de complicaciones para la salud que pueden ser incapacitantes y poner en peligro la vida (Atlas, 2017).

La diabetes mellitus se clasifica en las siguientes categorías generales (Asociación Americana de Diabetes (Asociación Americana de Diabetes (ADA), 2019):

1. Diabetes tipo I (debido a la destrucción autoinmune de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina) (ADA, 2019).
2. Diabetes tipo II (debido a una pérdida progresiva de la secreción de insulina de células β con frecuencia en el contexto de la resistencia a la insulina) (ADA, 2019).
3. Diabetes mellitus gestacional (DMG) (diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era claramente una diabetes evidente antes de la gestación) (ADA, 2019).
4. Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística y la pancreatitis), y medicamentos o diabetes inducida por sustancias químicas (como el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después del trasplante de órganos) (Asociación Americana de Diabetes (Asociación Americana de Diabetes (ADA), 2019).

Diabetes de tipo II

La diabetes tipo II, anteriormente conocida como "diabetes no dependiente de insulina" o "diabetes de inicio en adultos", representa el 90-95% de todas las diabetes. Esta forma abarca a individuos que tienen deficiencia de insulina relativa (en

lugar de absoluta) y tienen resistencia periférica a la insulina. Al menos inicialmente, y con frecuencia a lo largo de su vida, estos individuos pueden no necesitar tratamiento con insulina para sobrevivir (ADA, 2019).

La Asociación Americana de Diabetes (2019) señala que hay varias causas de diabetes tipo II. Aunque no se conocen las etiologías específicas, no se produce la destrucción autoinmune de las células β y los pacientes no tienen ninguna de las otras causas conocidas de diabetes. La mayoría, pero no todos los pacientes con diabetes tipo II tienen sobrepeso u obesidad. En el caso de los pacientes que no son obesos o tienen sobrepeso según los criterios de peso tradicionales pueden tener un mayor porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal (ADA, 2019).

2.1.1.9 Epidemiología

Prevalencia

Analizando los estudios de Roglic; Dardano et al. citados por Fortea (2017) estos plantean que, en las últimas tres décadas, la prevalencia de la diabetes ha aumentado en todos los países, los que reflejan un incremento del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo. El aumento ha sido mucho más rápido en los países de bajos ingresos económicos, en algunos casos debido al crecimiento población, el aumento de la esperanza de vida y el aumento de los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en la tercera edad.

Mortalidad

La carga total de muertes por altos niveles de glucosa en 2012 fue estimada en 3,7 millones por la OMS. Esta cifra incluye 1,5 millones de muertes directamente causadas por diabetes, (fue la octava causa de muerte entre ambos sexos y la quinta causa principal de muerte en las mujeres) y un adicional de 2,2 millones de muertes por

enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica y tuberculosis relacionadas con niveles de glucosa en sangre superiores a lo deseable. Entre estos 3,7 millones de muertes un 43 % ocurren en personas con menos de 70 años, siendo dicho porcentaje de muertes superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (World Health Organization (WHO), 2016)

2.1.1.10 Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables

Edad. Para Paulweber et al. citado en Fortea (2017) la prevalencia de diabetes mellitus tipo II aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años, superando el 20 % a partir de los 80 años.

Raza/etnia. Según Paulweber et al.; NICE como se cita en Fortea (2017) el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II es mayor en individuos hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos que en los de raza caucásica.

Antecedente de diabetes mellitus tipo II en un familiar de primer grado. Algunos autores como Paulweber et al.; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) citados en Fortea (2017) plantean que los individuos con padre o madre con DMII tienen aproximadamente 2.5 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Mientras que tener 2 o 3 miembros de la familia con diabetes mellitus tipo II se asocia con un riesgo aún mayor.

Factores de riesgo modificables

Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal. En los estudios de National Institute for Health and Care Excellence; Paulweber citado en Fortea (2017)

concluyeron que la obesidad y el sobrepeso aumentan el riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa y a la diabetes mellitus tipo II en todas las edades, además plantean que más del 80 % de los casos de pueden atribuirse a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo de diabetes mellitus tipo II y mejora el control glucémico en pacientes con diabetes establecida. Cevallos (2019) se refiere al exceso de adiposidad como factor de riesgo de DMII más fuerte; riesgo que aumentó a medida que aumentaba la grasa corporal y/o la adiposidad (Ley et al., 2016).

El estudio de Bombelli et al (2011) proporcionan evidencia de que un aumento en el IMC y la circunferencia de la cintura se asocia con un aumento linealmente ajustado del riesgo de desarrollar condiciones con alto riesgo cardiovascular, como DM2, alteración de la glucosa en ayunas, hipertensión arterial (HTA) e hipertrofia del ventrículo izquierdo (Cevallos, 2019).

Sedentarismo. Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, por lo que eleva el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II (Cevallos, 2019). Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DMII (Fortea, 2017).

Los estudios de Ley et al., (2016); Forte (2017) indican que, la obesidad e inactividad física contribuyen independientemente al desarrollo de diabetes mellitus tipo II, aunque la magnitud del riesgo por obesidad parece ser mayor que la falta de actividad física (Cevallos, 2019).

Patrones dietéticos. Algunos científicos piensan que la dieta juega un papel importante, pero los factores de confusión limitan muchos estudios clínicos nutricionales. Aun cuando está generalmente aceptado que las modificaciones en la dieta son una importante forma de prevenir la DMII, no existe un consenso sobre los roles de las grasas o los carbohidratos en las dietas (Cevallos, 2019). Los hallazgos en varios estudios parecen indicar que los diferentes tipos de grasas o carbohidratos

pueden tener más importancia que la proporción total de grasas o carbohidratos ingeridos (Cevallos, 2019); (Fortea, 2017).

La ingestión de grasas saturadas y ácidos grasos trans podrían afectar adversamente al metabolismo de la glucosa (Ley et al., 2016; Pan et al., 2015 citados por Fortea, 2017); (Cevallos, 2019).

2.1.1.11 Complicaciones

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar numerosos de problemas de salud incapacitantes y potencialmente mortales que las personas sin diabetes. Niveles de glucosa en sangre consistentemente altos pueden llevar a enfermedades serias que afecten el corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, riñones y los nervios.

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, ceguera, enfermedad renal y amputación de las extremidades inferiores (Atlas, 2017).

Resulta importante determinar las enfermedades asociadas a la diabetes mellitus, pues las políticas de la intervención educativa están en dependencia de ello y de otros factores que determinan en muchas ocasiones complicaciones sobreañadidas (De la Paz, Proenza, Fernández y Mompié, 2012).

2.1.1.12 Prevención

La prevención es la clave para evitar la aparición o retrasar el inicio de la enfermedad y sus complicaciones, es indispensable mantener el peso corporal adecuado, hacer ejercicio físico diario al menos 30 minutos o 4 días a la semana, llevar

una dieta baja en azúcares simples y grasas saturadas, ingerir 2 litros de agua al día, evitar el consumo de alcohol y tabaco (Loor et al., 2019).

Intervenciones sobre estilos de vida en la prevención de la diabetes mellitus

Las intervenciones sobre estilos de vida reducen la incidencia de diabetes mellitus tipo II en las personas con prediabetes y con riesgo de DMII (Cevallos, 2019). El estilo de vida se refiere a dieta y ejercicio, que combinados son más eficaces que por separado (Fortea, 2017).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2017) recomienda medidas para personas con factores de riesgo:

- En pacientes que presenten uno o más factores de riesgo, se recomienda utilizar el formulario de evaluación de riesgo de diabetes mellitus tipo II.
- Se debe iniciar medidas preventivas en la persona que presenta diversos factores de riesgo modificables, concomitantemente se recomienda que la medición de glucosa en este tipo de paciente se lo realice cada 1 a 3 años tomando en cuenta las necesidades del paciente y manteniendo un seguimiento constante del mismo.
- Intervenir con medidas no farmacológicas a todos los pacientes con prediabetes.
- En pacientes con sobrepeso u obesidad se recomienda realizar cambios estructurados en los hábitos de vida de forma inmediata y constante para lograr una pérdida de peso del 5 % al 10 %.
- Estimular el ejercicio físico regular de por lo menos 150 minutos semanales (MSP, 2017).

Rol de enfermería en la prevención

La gravedad de las complicaciones que genera la DM II hace necesaria la implementación de medidas preventivas. La enfermedad representa un costo elevado para cada persona, sus familiares o el entorno cercano, la particularidad de sus

características (crónica, persistente e inexcusable), las complicaciones fisiológicas, además de emocionales y sobre todo su alta incidencia, hace de la prevención una de las mejores armas para disminuir la prevalencia de la enfermedad, es evidente que hay un antes y un después en la vida de un diabético (Loor et al., 2019).

Otra sugerencia para la prevención principalmente en la atención primaria, es que los profesionales de enfermería deben valorar el entorno y los recursos de la comunidad para hacer uso de un enfoque integral que beneficie a todos los pacientes diabéticos, la educación por este grupo de profesionales es clave para el control de la diabetes y sus complicaciones, lo ideal es la creación de un plan de intervenciones y de prevención que seleccione a los individuos con mayor riesgo y que incluya un refuerzo periódico a estos (Loor et al., 2019).

Tal como plantea Padrón, Crespo, Breijo, Gil y Sandrino (2013) se infiere que se hace necesario en la Atención Primaria de Salud realice acciones preventivas y de promoción a la salud, hacia los adultos mayores con diabetes mellitus para contribuir a mejorar su calidad de vida de los mismos y lograr a una longevidad satisfactoria.

La valoración del adulto mayor en esta etapa de la vida principalmente en estos centros, algunos con estado de salud aparentemente estable y otros con algún tipo de enfermedad es fundamental para conseguir que las acciones y cuidados que realicemos a este grupo poblacional sean correctos y eficaces. El protocolo de cuidado a estos pacientes en los centros de atención, contribuirá a elevar el modo de actuación del personal de enfermería, brindando una atención integral y personalizada con calidad en la prestación (Sánchez, Baró y Serrano, 2017).

2.1.1.13 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) es una herramienta fundamental que se utiliza a nivel mundial, cuyo objetivo primordial es brindar de forma eficiente y eficaz cuidados de enfermería al paciente con aplicación científica, en la cual disminuye

complicaciones o minimiza el problema de salud. Es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería (Hernández, Fernández, Henríquez y Lorenzo, 2018).

El PAE, método que aplican los profesionales de enfermería para administrar y gestionar el cuidado a las personas sanas o enfermas, a través de una atención sistematizada; está integrado de una secuencia y un número de pasos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales, reales o potenciales (Arriaga, 2019)

2.1.1.14 Intervenciones de Enfermería

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son orientadas a conseguir un objetivo conocido, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para obtener los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias tareas. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas (Arriaga, 2019).

Una Intervención de Enfermería directa: Es un tratamiento realizado directamente con el usuario y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto psicosociales, fisiológicas o de apoyo. Los ejemplos incluyen ayudar a la persona hacer educación diabetológica y a levantarse de la cama (Arriaga, 2019).

Una Intervención de Enfermería indirecta: Es un tratamiento realizado sin el usuario, pero en favor del mismo o de un grupo de usuarios. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración

multidisciplinar. Los ejemplos incluyen controlar y trasladar los resultados de los estudios de laboratorio, reubicar al enfermo de una habitación a otra, y relacionar con la trabajadora social (Arriaga, 2019).

2.1.1 Marco conceptual

Conductas alimentarias se define con el comportamiento normal relacionado con la selección y cantidades de alimentos ingeridos.

Asesoramiento nutricional consiste en ofrecer educación en nutrición acerca de las formas de alimentarse, tipo de alimentos y estado nutricional.

Aspecto emocional es aquella percepción de las relaciones de la realidad que expresa mediante una función fisiológica.

Satisfacción con la atención es una medida de eficacia e incluso el control de la calidad de los servicios de la salud.

El autocuidado se define Como “la práctica de actividades que las personas pueden hacer como arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla, ya que todas las personas en un momento determinado necesitan de autocuidados, es decir demandan cuidados terapéuticos (Villafuerte y Abel, 2019).

Convivencia es la coexistencia física y pacífica entre individuos o grupos que deben compartir un espacio.

Actividades de recreación son acciones que permiten a una persona entretenimiento y diversión.

Calidad de vida: el estado biológico, psicológico, social y económico en el que se encuentra una persona, desde este punto de vista integral, en su valoración intervienen necesariamente, diversos aspectos como la propia experiencia, las

creencias, las actitudes y perspectivas que las personas generan con relación a su vida. (Salcedo, Zarza, Alba y Fajardo, 2010).

2.1.2 Antecedentes investigativos

En artículos publicados basados en investigaciones realizadas en diferentes países a nivel mundial, se destacan ciertos aspectos que traducen la situación actual, por ejemplo, Naranjo et al. (2019) realizaron un estudio de intervención y desarrollo contextualizado “Intervención de Enfermería en cuidados domiciliarios a los adultos mayores con diabetes mellitus”, con el objetivo de diseñar una intervención de enfermería en cuidados domiciliarios a los adultos mayores con diabetes mellitus, obteniendo como resultados: el nivel de conocimiento de las enfermeras al finalizar el programa de capacitación obtuvo 80,49, el 92,85 % del estado de salud de los adultos mayores con diabetes mellitus alcanzaron un buen estado de salud; el cuidado de los adultos mayores se pudo constatar que recibieron un cuidado aceptable, el 80,61 %, obedeció a cambios de conductas. Y concluyen que se evidenció el predominio del sexo masculino, así como el grupo de edad de 60-69 años y el nivel de conocimientos del personal de enfermería. Se diseñó una intervención para el cuidado domiciliario de los adultos mayores con diabetes mellitus.

Recientemente (Forteza, 2019) publicó su tesis doctoral con el objetivo de valorar el impacto de una estrategia educativa sobre el control metabólico de los pacientes con DM2 mediante los cambios producidos en el porcentaje de hemoglobina glicosilada, mediante un estudio analítico, experimental y comparativo de 2 grupos aleatorizados de igual tamaño, en pacientes con diagnóstico de DM2 que estaban asignados a 15 médicos del equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Vinaroz, entre edades comprendidas entre los 14 y los 100 años, después de la intervención se obtiene como resultados: los mayores de 65 años representan el 62,7% del total en el grupo informado (GI) y el 60,5% del total en el grupo no informado (GNI). Con respecto al género, un total de 907 participantes (45,2%) son mujeres, 455 en el GI y 452 en el GNI. La gran mayoría de los sujetos participantes no son

trabajadores activos (90,5%). La prevalencia (IC del 95%) de la DM2 en la población de Vinaroz es 8,6% (7,75-9,45%).

El artículo publicado por Casanova et al (2016) titulado “Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2” y con el objetivo de promover la participación comunitaria en la dilucidación de problemas, en la toma de decisiones y en las medidas iniciadas para transformar los factores de riesgo y pronósticos de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor, utilizó el método de en una muestra conformada por 123 pacientes. En la primera etapa se hizo un estudio descriptivo. A partir de estos resultados, se desarrolló la metodología educativa, donde se plantearon diferentes acciones reflejadas en el plan de acciones comunitarias "Renacer a la Vida" y obtiene como resultados: se verificó la responsabilidad de la comunidad junto al médico y la enfermera de la familia, para que las personas adultas mayores con diabetes modifiquen sus opiniones, hábitos y conocimientos

Por último, Chavarría (2014) en su tesis de grado titulada “Protocolo de atención de enfermería en pacientes geriátricos asistidos en el Hospicio Sagrado Corazón de Jesús desde el mes de diciembre del 2013 a mayo del 2014 ”, que tuvo el objetivo general de identificar los protocolos de atención de enfermería con que se atiende a los pacientes geriátricos, mediante un estudio con enfoque descriptivo y analítico, aplicando un cuestionario a una muestra de 42 profesionales de enfermería y 64 pacientes. En base a los resultados obtenidos se concluyó que el personal de enfermería no acude en forma inmediata al llamado de los pacientes geriátricos y no obtienen respuestas a sus necesidades de asistencia en forma inmediata.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

La calidad de las intervenciones de enfermería influye en los cambios de estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, atendidos en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Atención de enfermería

2.3.2 Variables Dependientes

Estilos de vida de adulto mayor con diabetes mellitus tipo II

2.3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Atención de Enfermería	Las acciones de enfermería se definen como el cuidado destinado a una persona para preservar y/o conservar su salud. Son todas las actividades que realiza el personal de enfermería en beneficio del individuo, familia y comunidad, promoviendo acciones de promoción y prevención de la salud humana.	Identificación de conductas alimentarias	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuencia de comida ❖ Porciones de alimentos ricos en carbohidratos/día ❖ Cantidad de Alimentos ricos en proteínas ❖ Consumo de frutas/día ❖ Consumo de vegetales ❖ Consumo de bebidas azucaradas 	<p>3 veces al día 4 veces al día 5 veces al día</p> <p>Gramos de Arroz Gramos de Papas Gramos de Fideos Porción de pan</p> <p>Taza de leche Gramos/carnes Porción de pescado Porción huevos Gramos/frejoles</p> <p>1 al día 2 veces al día 3 veces al día</p> <p>1 vez al día 2 veces es al día 3 veces al día</p> <p>Cada día Cada 3días 1 vez por semana Nunca</p>

		Asesoramiento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cantidad de agua por día ❖ Consumo Suplementos ❖ Información sobre forma de alimentarse ❖ Información sobre el Estado Nutricional ❖ Información de tipo de alimento 	<p>2 vasos al día 4 vasos al día 8 vasos al día</p> <p>c/semana c/ 15 días c/2 meses</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SIEMPRE A VECES NUNCA</p>
--	--	--------------------------------------	---	---

		Vigilancia del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuencia del registro de signos vitales ❖ Frecuencia del control de glicemia. ❖ Sugerencia para revisión medica ❖ Seguimiento al cumplimiento en la toma del medicamento 	<p>1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día</p> <p>1 vez/día Cada 2 días Cada semana</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>
--	--	-----------------------------------	---	--

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORÍA	INDICADOR	ÍNDICE
Estilos de vida	Los estilos de vida se definen como todo proceso social que incluye las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de las personas o grupo de personas de una población o comunidad que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.	Aspecto emocional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estado anímico ❖ Niveles de depresión ❖ Frecuencia de las visitas familiares 	<p>Alegría Depresión Ansiedad Hostilidad</p> <p>Normal Moderado Deprimido Ninguno</p> <p>Siempre A veces Nunca Solo cuando es requerido</p>

		Convivencia	❖ Grado de comunicación ❖ Grado de interacción ❖ Grado con la colaboración	Siempre A veces Nunca Bueno Malo Regular Buena Mala Regular
		Actividad de recreación	❖ Participación en actividad física ❖ Tipo de actividad física	Siempre Casi siempre nunca Indor Natacion Aerobico Yoga

			❖ Participación en actividad recreativa	Dibujo Costura Artesanías Lectura
		Satisfacción con la atención	❖ Grado de satisfacción con la atención	Buena Mala Regular
			❖ Tipos de problemas de adaptación	Inconformidad con la comida Inconformidad con el área Inconformidad con los medicamentos
			❖ Tipos de Complicaciones en la salud presentes	Hipertensión Problemas visuales Pie diabético Accidente cerebrovasculares

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Se empleó los métodos inducción-deducción debido a que el estudio se basó en el análisis de hechos particulares con los cuales se llegaron a conclusiones generales.

Además, se aplicó el método descriptivo que nos permitió recolectar información de una manera sistemática para tener una idea clara de las características del objeto de estudio.

3.2 Modalidad de investigación

La modalidad de Investigación según la medición de las variables se realizó con un enfoque cualitativo que permitió analizar la realidad de esta problemática en su contexto natural, ofreciendo amplitud de criterios a lo largo del proceso de la investigación y cuantitativo porque estableció la correlación que existe entre las variables, es decir, que permita definir, limitar y saber dónde exactamente inicia el problema de investigación.

3.3 Tipo de Investigación

De acuerdo al propósito del estudio fue una investigación de campo porque recogió la información en el mismo sitio donde ocurrió el problema.

Según el nivel de profundidad del estudio, es descriptivo porque se analizó la calidad de la atención de enfermería y su incidencia en los cambios del estilo de vida en adultos mayores.

De acuerdo a la dimensión temporal, se trató de un estudio transversal ya que se recogieron los datos y se analizaron en un solo momento y en tiempo determinado.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

Se utilizó la encuesta que en base a un cuestionario de preguntas se aplicó a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II hospedados en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, obteniendo un aporte más a la problemática de estudio. La encuesta, además se aplicó al personal de enfermería que labora en el Hospicio lo cual permitió obtener toda la información relacionada al tema estudiado.

3.4.2 Instrumento

Como instrumento se utilizó un cuestionario previamente elaborado por las investigadoras, compuesto por preguntas cerradas, y fue validado por juicio de expertos. Además, se elaboró el formulario de consentimiento informado por la solicitud a las personas que intervendrán en la presente investigación.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población, objeto de estudio, estuvo conformada por 129 adultos mayores de escasos recursos hospedados en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período comprendido de octubre de 2019 a marzo de 2020.

3.5.2 Muestra

Por tratarse de una población finita se realizó un muestreo no probabilístico intencional por lo que se establecieron ciertos criterios de inclusión y exclusión definidos por las investigadoras. La muestra quedó constituida por 96 adultos mayores con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

Criterios de inclusión

- Ancianos que se encontraban hospedados en el Hospicio Corazón de Jesús de Guayaquil, provincia Guayas, durante la investigación.
- Adultos mayores de 65 años, que contaban con características similares, de acuerdo con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.
- Aceptación voluntaria para participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con trastornos psiquiátricos.
- Adultos mayores que no desearon participar en el estudio.

3.6 Cronograma del Proyecto

Nº	Meses	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero					Febrero				Marzo				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Selección de Tema		■	■	■																						
2	Aprobación del tema					■	■	■	■																		
3	Recopilación de la Información									■	■	■	■														
4	Desarrollo del capítulo I													■	■												
5	Desarrollo del capítulo II													■	■	■											
6	Desarrollo del capítulo III															■	■										
7	Elaboración de las encuestas																■										
8	Aplicación de las encuestas																■	■									
9	Tamización de la información																	■									
10	Desarrollo del capítulo IV																■	■	■								
11	Elaboración de las conclusiones																	■	■								
12	Presentación de la Tesis																		■								
13	Sustentación de la previa																										
14	Sustentación																									■	

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigadoras	Mariuxi Johanna Muñoz Ulloa Pamela Lilibeth Mendoza Cirino
Asesor del proyecto de investigación	Dra. Maritza Gallegos Zurita

3.7.2 Recursos Económicos

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Primer material escrito en borrador	\$ 5.00
Copias	\$ 10.00
Anillados	\$ 10.00
Equipo de informática	\$10.00
Material de escritorio	\$ 5.00
Alimentación	\$ 25.00
Movilización y transporte	\$ 60.00
Total	\$ 125

3.8 Plan de tabulación y análisis de datos

Se realizó el análisis de los datos en relación con los objetivos planteados en el estudio, mediante cómputo de sumas, frecuencias y promedios de la información obtenida a partir de las encuestas realizadas al grupo poblacional de interés, los cuales se tabularon y digitalizaron para elaborar la matriz de datos.

3.8.1 Base de datos

La matriz de datos se efectuó en una hoja de cálculo lo cual permitió el procesamiento de la información y se realizaron copias de seguridad en dispositivos externos de almacenamiento.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

El programa Excel del paquete office se empleó para el procesamiento de los datos, sobre la base de un computador personal con Windows 10. Los resultados se muestran en cuadros simples de doble entrada y en gráficos de pastel.

Los métodos estadísticos-matemáticos contribuyeron a tabular y procesar los datos empíricos que se lograron, empleando la distribución de frecuencias de datos y cálculos de los porcentajes de las variables. La interpretación de los resultados se empleó para proporcionar el sustento de obtención de las conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

4.1.1. Datos generales de la población estudiada

Las edades de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, estudiados se encuentran en un rango de 65 a 75 años, donde las edades más frecuentes fueron 70–74 años (65,6 %), de los cuales el 50 % son hombres, datos que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Grupo de edades y sexo de la población

Grupo de Edades	N°	Porcentaje	Sexo	N°	Porcentaje
65-69 años	12	12,5%	Femenino	48	50%
70-74 años	63	65,6%	Masculino	48	50%
75 y más	21	21,8%			
Total	96	100%		96	100 %

El nivel de escolaridad quedó representado por 66,66% con nivel secundario, el 20,83% con enseñanza primaria y el 12,5% con enseñanza superior, quedando reflejadas en la tabla 2.

Tabla 2: Nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	N°	Porcentaje
Primaria	20	20,83%
Secundaria	64	66,66%
Superior	12	12,5%
Total	96	9,3%

Otra variable que se estudio es el estado civil, del total de adultos mayores estudiados, el 79% reportó vivir en pareja (casados o en unión libre), 4,16% no vive en pareja (solteros, divorciados) y el resto corresponde a adultos mayores viudos, representados los datos en la tabla 3.

Tabla 3: Estado civil

Estado civil	N°	Porcentaje
Casado	63	65,62%
Soltero	1	1,04%
Viudo	13	13,54%
Divorciado	3	3,14%
Unión Libre	16	16,66%
Total	96	100%

En la tabla 4 se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores tienen sobrepeso con 58/96 (60,4%). Mientras que el 28,1% de estos están dentro de su peso normal, seguidos de un 11,4% de obesos.

Tabla 4: Evaluación nutricional de acuerdo a IMC

Evaluación nutricional	N°	Porcentaje
IMC = peso [kg]/ estatura [m ²]		
Peso normal (18,5-24,9 kg/m ²)	27	28,1%
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	58	60,4%
Obesidad (30,0-34,9 kg/m ²)	11	11,4%
Total	96	100%

4.1.2 Actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II.

Al 95,8% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II se les brinda información sobre las formas de alimentarse, importante aspecto en el autocuidado de estos, datos mostrados en la tabla 5.

Tabla 5: Información sobre formas de alimentarse

Información sobre formas de alimentarse	N°	Porcentaje
Si	92	95,8%
No	4	4,1%
Total	96	100%

En la tabla 6 se puede evidenciar que el 95,8% es informado sobre su estado nutricional, resultado este que nos permite confirmar que el personal de enfermería cumple con una de sus funciones, la educativa, brindando información precisa que apoyan el autocuidado del adulto mayor enfermo de diabetes mellitus.

Tabla 6: Información sobre estado nutricional

Información sobre estado nutricional	N°	Porcentaje
Si	92	95,8%
No	4	4,1%
Total	96	100%

Al analizar la tabla 7 podemos observar que, aunque el personal de enfermería brinda información sobre los alimentos a ingerir a la mayoría de los adultos mayores, no se realiza con la misma frecuencia, al 92,7% se le brinda siempre y al

5,2% a veces. Por lo que consideramos que se mantiene el cumplimiento del aspecto educativo o informativo a los adultos mayores del estudio.

Tabla 7: Información sobre tipos de alimentos a ingerir

Brinda información sobre tipos de alimentos	N°	Porcentaje
Siempre	89	92,7%
A veces	5	5,2%
Nunca	4	4,1%
Total	96	100%

La frecuencia del registro de los signos vitales por el personal de enfermería a los adultos mayores en la tabla 8 muestra que al 76,0% se le toma una vez al día, al 13,5% dos veces al día y al 10,4% tres veces al día, estos últimos, durante la aplicación de la encuesta y la observación encontramos que, por el estado de salud de algunos ancianos, el personal de enfermería consideraba necesario aumentar la frecuencia del registro.

Tabla 8: Frecuencia de registro de signos vitales

Frecuencia de registro de signos vitales	N°	Porcentaje
1 vez al día	73	76,1%
2 veces al día	13	13,4%
3 veces al día	10	10,4%
Total	96	100%

En la tabla 9 se aprecia la frecuencia de realizar el control de glicemia a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, el 76,0% cada semana le realizan control de glicemia, el 18,7% una vez al día y el 5,2% cada dos días. No todos los enfermos con diabetes mellitus necesitan se revisen sus niveles de glucosa en sangre, sin embargo, otros necesitan una mayor frecuencia debido a alteraciones

en su dieta, necesidad de saber la efectividad del tratamiento farmacológico o por la aparición de alguna complicación.

Tabla 9: Frecuencia de realizar control de glicemia

Frecuencia de control de glicemia	N°	Porcentaje
1 vez al día	18	18,7%
Cada 2 días	5	5,2%
Cada semana	73	76,0%
Total	96	100%

La siguiente tabla 10, muestra los niveles de glicemia en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, donde el 57,2% mantiene valores entre 100 y 125 mg/dl, el 23,9% con cifras entre 126-139 mg/dl y el 18,7% entre 140-199 md/dl.

Tabla 10: Nivel de glicemia

Nivel de glicemia	N°	Porcentaje
100-125 mg/dl	55	57,2%
126-139 mg/dl	23	23,9%
140-199 mg/dl	18	18,7%
Total	96	100%

Respecto a la sugerencia de revisión médica, se observa que el 18,7% es sugerido por el personal de enfermería para ser valorado por el personal médico, consideramos se deba al mal control glicémico de algunos adultos mayores, datos reflejados en la tabla 11.

Tabla 11: Sugerencia de revisión médica

Sugerencia de revisión médica	N°	Porcentaje
Sí	18	18,7%
No	78	81,2%
Total	96	100%

Obsérvese en la tabla 12 que en el 100% de los pacientes se hace seguimiento al cumplimiento del tratamiento medicamentoso indicado. Teniendo en cuenta estos resultados, consideramos que se cumple el protocolo de atención de enfermería en el seguimiento al tratamiento indicado a adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 12: Seguimiento al cumplimiento en la toma del medicamento

Seguimiento al cumplimiento en la toma de medicamentos	N°	Porcentaje
Sí	96	100%
No	0	0%
Total	96	100%

Los adultos mayores con alguna alteración del estado de ánimo (50%), la más frecuente fue la depresión con un 31,2%, seguida de la ansiedad con un 18,7% y un 2% con hostilidad, reflejado en la tabla 13.

Tabla 13: Evaluación del estado de ánimo

Estado de ánimo	N°	Porcentaje
Alegría	46	47,9%
Depresión	30	31,2%
Ansiedad	18	18,7%
Hostilidad	2	2,0%
Total	96	100%

Para el análisis del nivel de depresión se diseñó la tabla 14 en la que observamos que el 4,4% presentaban un nivel de depresión leve, estado que les

permite a los ancianos permanecer en el Hospicio bajo apoyo psicológico y terapias grupales e individuales según la observación realizada por las investigadoras.

Tabla 14: Evaluación del nivel de depresión

Nivel de depresión	N°	Porcentaje
Leve	10	4,4%
Moderado	0	0%
Severo	0	0%
Ninguno	86	95,6%
Total	96	100%

4.1.3. Estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, que residen en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas.

Respecto a los horarios de comida (tabla 15), se encontró que el 67,7% realizan tres tiempos de comida al día y un 24,1% realizan cuatro tiempos de comida y solo el 8,2 % realizan 5 tiempos en su horario de comidas.

Tabla 15: Frecuencia de consumo habitual de comidas

Frecuencia de comidas	N°	Porcentaje
Tres veces al día	60	67,7%
Cuatro veces al día	26	24,1%
Cinco veces al día	10	8,2%
Total	96	100%

El 58,5% refirió consumir gramos de arroz cada día, seguido de los que consumen una porción de pan (una porción equivale a 1 onza de carbohidratos, por tanto, consumen la cantidad sugerida por la ADA, 2017), el 15,2% consumen papas y en menor porcentaje fideos con un 6,6%, datos que se pueden observar en la tabla 16.

Si está recomendado que el aporte de carbohidratos sea de un 65% de la ingesta calórica total, y que dicho aporte se realice a expensas de carbohidratos complejos, y que se limite el consumo de carbohidratos simples a menos del 10% de las calorías totales, entonces, consideramos que los participantes de nuestro estudio cumplen con los requerimientos nutricionales para su edad y enfermedad.

Tabla 16: Consumo de alimentos ricos en carbohidratos

Consumo de alimentos ricos en carbohidratos	N°	Porcentaje
Gramos de arroz	51	58,5%
Porción de pan	28	19,7%
Gramos de papas	14	15,2%
Gramos de fideos	3	6,6%
Total	96	100%

En relación al consumo de alimentos ricos en proteínas (tabla 17), los adultos mayores con diabetes consumen de manera adecuada estas proteínas el 38,2% refirió consumir pollo, el 33,1% consume leche el 13,1% consumir pescado, 11,2% consume huevo y el 4,4% consume frejol, por lo que asumimos se trata de un patrón saludable en la alimentación.

Tabla 17: Consumo de alimentos ricos en proteínas

Consumo de alimentos ricos en proteínas	N°	Porcentaje
Porción de pollo	37	38,2%
Taza de leche	34	33,1%
Pescado	15	13,1%
Huevos	14	11,2%
Frejoles	10	4,4%
Total	96	100%

En la tabla 18 podemos observar que el 88,5% consume frutas una sola vez al día, considerando un consumo bajo ya que se recomienda por los nutricionistas

que los adultos mayores deben consumir alrededor de 2 a 4 raciones de frutas diarias.

Tabla 18: Consumo de frutas al día

Consumo de frutas/día	N°	Porcentaje
1 vez/ día	85	88,5%
2 veces/ día	7	72,9%
3 veces/ día	4	41,6%
Total	96	100%

Los resultados de la tabla 19 reflejan que el 55,2% consume bebidas azucaradas diariamente, los restantes cada 3 días (25%) y una vez por semana el 15,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 19: Consumo de bebidas azucaradas

Consumo de bebidas azucaradas/día	N°	Porcentaje
Cada día	53	55,2%
Cada 3 día	24	25%
Una vez por semana	11	15,9%
Nunca	8	8,3%
Total	96	100%

Por otro lado, en la tabla 20, el consumo de agua hallado en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II es preocupante, debido a que un consumo bajo (57,29%) seguido de un 29,16% (4 vasos/día) lleva al riesgo de deshidratación. El consumo de 8 vasos de agua recomendados lo cumple el 13,54% lo que es importante, considerando que las personas mayores están en constante riesgo de deshidratación, debido a la disminución del agua corporal total y una clara disminución de la percepción de la sed y capacidad para concentrar la orina.

Tabla 20: Cantidad de agua de consumo diario

Cantidad de consumo de agua/día	N°	Porcentaje
2 vasos/día	55	57,29%
4 vasos/día	28	29,16%
8 vasos/día	13	13,54%
Total	96	100%

Con respecto a la frecuencia de consumo de suplementos nutricionales (tabla 21) en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, se observó que el 75% los consume cada 2 meses, seguidos de los que lo hacen cada 15 días (19,79%).

Tabla 21: Frecuencia de consumo de suplementos

Consumo de suplementos	N°	Porcentaje
Cada semana	5	5,20%
Cada 15 días	19	19,79%
Cada 2 meses	72	75%
Total	96	100%

Al abordar el análisis de la tabla 22, observamos que más del 50 % de los adultos mayores con diabetes mellitus no son visitados por sus familiares, sin embargo, el 44,7% siempre es visitado por sus familiares.

Tabla 22: Frecuencia de visita por los familiares

Visita por familiares	N°	Porcentaje
Siempre	43	44,7%
A veces	20	20,8%
Nunca	30	31,2%
Sólo cuando es requerido	3	3,1%
Total	96	100%

Obsérvese en la tabla 23 que el 83,3% considera que siempre hay una adecuada comunicación del personal de enfermería con los adultos mayores del

Hospicio, sólo a veces con el 14,5% se comunican adecuadamente y con el 2,0% nunca lo hacen.

Tabla 23: Adecuada comunicación en el Hospicio

Adecuada comunicación	N°	Porcentaje
Siempre	80	83,3%
A veces	14	14,5%
Nunca	2	2,0%
Total	96	100%

Al analizar el grado de interacción interpersonal se halló que el 50% tiene buenas relaciones interpersonales, y el 44,7% tiene relaciones interpersonales regulares, datos reflejados en la tabla 24.

Tabla 24: Grado de interacción interpersonal

Grado de interacción interpersonal	N°	Porcentaje
Bueno	48	50%
Regular	43	44,7%
Malo	5	5,2%
Total	96	100%

La tabla 25 muestra el grado de colaboración de los adultos mayores con diabetes mellitus donde se halló que el 52,0% tiene buen grado de colaboración entre ellos, seguidos de los que colaboran de manera regular (43,7%).

Tabla 25: Grado de colaboración

Grado de colaboración	N°	Porcentaje
Bueno	50	52,0%
Regular	42	43,7%
Malo	4	4,1%
Total	96	100%

En la tabla 26 se observa un predominio de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que no desarrollaban actividades físicas que pudieran contribuir a

mejorar su calidad de vida, representados por el 67,7% de la muestra, sólo el 32,2% realizan actividades físicas. Los adultos mayores que no siguen las recomendaciones de participar en actividades físicas deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

Tabla 26: Frecuencia de participación en actividades físicas

Participación en actividades físicas	N°	Porcentaje
Siempre	11	11,4%
Casi siempre	20	20,8%
Nunca	65	67,7%
Total	96	100%

Después de analizar el tipo de actividad física que realizan los 31 adultos mayores se halló que el 64,5% practican aeróbicos y el 32,2% practican Yoga, datos reflejados en la tabla 27.

Tabla 27: Tipo de actividades físicas

Tipo actividades físicas	N°	Porcentaje
Indor	0	0%
Natación	0	0%
Aeróbicos	20	64,5%
Yoga	10	32,2%
Total	31	100%

A propósito del tipo de actividades recreativas que realizan los adultos mayores el 64,5% se dedican a las manualidades artesanales, seguidas del dibujo en un 22,9%, y la costura la realiza el 12,5%, reflejado en la tabla 28. En el adulto mayor estas actividades ayudan a mantener la motricidad fina.

Tabla 28: Tipo de actividades recreativas

Tipo de actividades recreativas	N°	Porcentaje
Dibujo	22	22,9%
Costura	12	12,5%
Artesanía	62	64,5%
Total	96	100%

Los adultos mayores con diabetes mellitus calificaron la atención recibida por el personal de enfermería de buena en un 83,3% de los estudiados, 13,5% la califican de regular y el 3,1% de mala, datos que se pueden observar en la tabla 29.

Tabla 29: Calificación de atención recibida

Calificación de atención recibida	N°	Porcentaje
Buena	80	83,3%
Regular	13	13,5%
Mala	3	3,1%
Total	96	100%

Del total de adultos mayores con diabetes que participaron en el estudio el 66,6% está inconforme con la comida que se le brinda en el Hospicio, un 23,9% con el área y solamente el 9,3% tienen inconformidad con los medicamentos administrados, reflejados en la tabla 30.

Tabla 30: Tipo de problemas de adaptación

Problemas de adaptación	N°	Porcentaje
Inconformidad con la comida	64	66,6%
Inconformidad con el área	23	23,9%
Inconformidad con los medicamentos	9	9,3%
Total	96	100%

Al determinar las complicaciones en la salud de los adultos mayores, se alcanzó como resultado un predominio de la hipertensión arterial y los problemas visuales (39,4% y 44,1% respectivamente); las mismas estuvieron seguidas por el pie diabético en 9 pacientes (9,3%), 4 con accidente cerebrovascular (4,1%) y sólo el 3,1% con otras complicaciones (insuficiencia renal crónica y neuropatía diabética periférica (tabla 31).

Tabla 31: Tipo de complicaciones en la salud

Complicaciones en la salud	N°	Porcentaje
Hipertensión arterial	35	39,4%
Problemas visuales	45	44,1%
Pie diabético	9	9,3%
Accidente cerebro vascular	4	4,1%
Otras	3	3,1%
Total	96	100%

4.2 Análisis e interpretación de los datos

Con relación a la edad, en este estudio la mayor participación estuvo por encima de los 70 años, lo cual se corresponde con la esperanza de vida de la población ecuatoriana que en el año 2017 subió a 76,55 años (Datosmacro, 2017). Dadas las tendencias actuales el envejecimiento poblacional rece en el mundo y el rango de edad hacia edades más avanzadas crece.

Los resultados de este estudio no se corresponden con los de Naranjo *et al* (2019) donde encontró mayor frecuencia en los grupos de 60-69 años para un 40,6% de la población estudiada, sin embargo, destaca que a partir de esta edad es donde se producen los cambios orgánicos a nivel de las células betas del páncreas y la tendencia a la resistencia a la insulina para que aparezca la diabetes mellitus.

Es primordial que los adultos mayores conozcan las características del proceso de envejecimiento, los cambios que aparecen en esta etapa, los declives y pérdidas, pero también las ganancias, las potencialidades para adoptar estilos de vida más adecuados, así como asumir actitudes positivas y desprejuiciadas; por tanto, deben mantenerse activos en su vida cotidiana. Muchas personas tienen una forma de vida dinámica sin necesidad de participar en programas de ejercicios formales, puesto que, a través de los quehaceres diarios, tales como trabajos domésticos (ir de compras, cocinar, limpiar, entre otros) se puede mantener un nivel de adecuado de actividad (Rosales, García y Quiñones, 2014).

Con relación al sexo, resultados similares obtuvo Rosales et al (2014) y contrastan con el estudio de Barrón et al (2017) donde los 183 adultos mayores estudiados se caracterizaron por ser principalmente mujeres con un 88,5%.

El este estudio el nivel de escolaridad se concentra en las categorías secundaria y superior, este hecho da cuenta de la realidad sociocultural que vivieron los adultos mayores durante su niñez, y responde también al perfil de la población de la tercera edad que se atiende en las instituciones de salud del país.

La alta prevalencia de sobrepeso encontrada en nuestro estudio es similar a lo hallado en el estudio de (Padrón et al., 2013). La obesidad es considerada entre los mayores problemas de salud actual y su prevalencia mundial está en aumento, dado a que existe una estrecha relación entre obesidad y diabetes tipo II y de que estos enfermos presentan más dificultad para perder peso, las indicaciones anti obesidad son consideradas de inicio en el tratamiento de los pacientes con diabetes (Padrón et al (2013).

La calidad de vida y longevidad de las personas mayores depende en gran parte de los hábitos de alimentación y diferentes factores de tipo psico-social, que determinan la seguridad alimentaria y nutricional, como la soledad, falta de recursos, baja disponibilidad de alimentos, anorexia y enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (Barrón y Chavarría, 2017).

Además, Barrón y Chavarría (2017) encontraron resultados que reflejan que la mayoría de los adultos mayores realiza 3 tiempos de comida (desayuno, almuerzo y merienda) y aunque el 8,2% incluye la cena, este porcentaje es insuficiente considerando que incluirla podría minimizar el riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes asociados a los procesos de fragilización. Estos resultados se corresponden con los encontrados por las investigadoras de este estudio. Sin embargo, Bolet y Socarrás (2009) considera que se debe establecer un esquema de 4-5 comidas al día

En el paciente diabético, y más en el anciano, es recomendable la realización de 4-5 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. La razón de esto es mantener estables los valores de glucosa en sangre durante el día. Además, las comidas deberían realizarse siempre a la misma hora del día, ya que adoptar un horario regular contribuye a la mejora del control de la glucemia y evita sus fluctuaciones (Pérez y Ruano, 2004).

A propósito de los hidratos de carbono, estos, deberían suponer en una dieta equilibrada el 50-60% de las calorías aportadas al día, excepto en el caso de la sacarosa, que se debe intentar sustituir por otros hidratos de carbono, y que no debe superar nunca el 5-10% de las calorías totales. También los hidratos de carbono complejos están compuestos por largas cadenas de moléculas de azúcar que, al llegar al intestino, se van a transformar primero en hidratos de carbono simples antes de pasar a la sangre, para evitar así aumentos bruscos de glucosa en el torrente circulatorio. De los hidratos de carbono complejos, se destaca el almidón y las dextrinas. Agrupados como alimentos que contienen hidratos de carbono complejos están el pan, las legumbres, pastas, arroz, harina, patatas y cereales. Estos alimentos deberán ser ingeridos en cantidades moderadas y repartidas durante el día (Pérez y Ruano, 2004). En este estudio los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II consumen carbohidratos complejos durante el día y aunque no se determinó la cantidad de gramos de cada hidrato de carbono consideramos que cumplen con los requerimientos nutricionales para su edad y para la diabetes mellitus.

Se recomienda que el aporte de carbohidratos sea de un 65% de la ingesta calórica total, y que dicho aporte se realice a expensas de carbohidratos complejos (almidones), limitando la ingesta de carbohidratos simples (azúcares y derivados) a menos del 10% de las calorías totales. Se recomienda una dieta rica en carbohidratos ricos en fibra lo que previene el estreñimiento, favoreciendo la función del colon (ADA, 2017); (Ministerio de Salud Pública de Bolivia, 2013).

En relación a las proteínas, Ruiz y Pérez (2010) las recomendaciones para el consumo de estas no se modifican, se mantienen igual que para la población en general. Únicamente se debe tener cuidado con el contenido de grasa que acompaña a los alimentos ricos en proteína animal y se debe estimular el consumo de proteína de origen vegetal. En este estudio predominó el consumo de pollo y leche en segundo lugar, éste último, es considerado por Barrón y Chavarría (2017) como el más sano de las carnes blancas, bajo en grasas y calorías, excelente fuente de vitaminas del complejo B, satisfaciendo el 100% de necesidades diarias de vitamina D. Su consumo disminuye el nivel de colesterol sanguíneo y de triglicéridos, reduciendo así el riesgo de enfermedades cardiovasculares, aumentando el desarrollo cognitivo en todas las etapas de la vida y el consumo de frejoles indicó el menor porcentaje de los alimentos evaluados.

El consumo bajo de frutas evidenciado en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que estuvieron en el estudio, fue similar a lo informado por Sánchez et al. (2014), que demostró que familias de ingresos bajos presentaron menor consumo de frutas y verduras respecto a las de ingresos altos. Las autoras consideran que podría atribuirse a un problema de cultura alimentaria de los ancianos ecuatorianos.

Referente al consumo de frutas autores como Bolet y Socarrás (2009) hacen hincapié en las personas mayores de 65 años en la ingestión de muchas frutas y verduras, de 2 a 4 raciones y recomendando incluir algún cítrico. Las vitaminas y minerales que se consumen con las frutas y verduras son sustancias que regulan los procesos que tienen lugar en el organismo.

Los refrescos con azúcar, tantas colas, tónica o bitter, están prohibidos debido a su alto contenido en azúcar. Por lo demás, pueden tomar con libertad agua, con o sin gas, refrescos sin azúcar, café o infusiones. En caso de querer endulzar estas bebidas, volvemos a resaltar la importancia de utilizar edulcorantes artificiales como sacarina (Sánchez et al., 2014). Las bebidas azucaradas es preferible eliminarla por completo del plan alimenticio del adulto mayor con diabetes. Sin embargo, endulzar ciertos alimentos como la leche, jugos o algún postre, debe hacerse de forma moderada. Reemplaza el azúcar por Stevia o cualquier otro edulcorante. La OMS recomienda a los adultos mayores, que su exceda consumo diario de azúcar no el 5% de las calorías (Arévalo, 2017), sin embargo, en este estudio encontramos un consumo de bebidas azucaradas excesiva por lo que no se corresponde con las aseveraciones de los autores antes mencionados.

Un consumo bajo de agua lleva al riesgo de deshidratación y, si se produce de una manera crónica, modifica la capacidad del organismo para mantener la homeostasis en cualquier situación fuera de lo normal, pudiendo afectar la salud del individuo (Sánchez et al., 2014).

Los adultos mayores son un grupo vulnerable dentro de la población, los cuales se enfrentan a cambios biológicos y psicológicos propios de la edad y donde la influencia del entorno familiar y el medio social es primordial para lograr alcanzar una adecuada calidad de vida unido a una longevidad satisfactoria (Sánchez, Baró y Serrano, 2017). En este sentido, la educación para la salud se erige como una herramienta fundamental para brindar información que contribuyan a fomentar patrones de conducta adecuados. En relación a esto, el personal de enfermería del Hospicio y que fue observado durante el estudio, brinda información sobre la manera en que deben alimentarse los adultos mayores con diabetes mellitus, promoviendo con esto hábitos alimentarios adecuados.

Tal como plantea Sánchez et al. (2017) las diversas actividades que bajo el rubro de acciones de salud dirigidas al adulto mayor se ha ejecutado en diferentes niveles de atención de salud, han estado vinculadas a las prácticas de enfermería de manera permanente, progresiva y dinámica. Por lo tanto, la atención a este

grupo poblacional supone un reto importante para los profesionales de la enfermería responsables del encargo social de brindar respuestas a las demandas de cuidados que los mismos presentan. En nuestro estudio se cumple una de las premisas fundamentales de la enfermería mediante sus cuidados y es mantener la información permanente del estado de salud de los pacientes, así como la orientación permanente de la nutrición adecuada.

Otra de las acciones de enfermería se describe en las guías clínicas de control de signos vitales de Aguayo y Lagos (2012) el registro de los signos vitales está indicado tomar al ingreso y egreso del paciente a cualquier centro asistencial con el fin de registrar datos basales de su estado de salud, cuando presenta cambios en su condición funcional, de acuerdo a la prescripción que realice el personal médico o de enfermería, en el paciente con estado de salud estable se requiere el control dos veces en cada turno de enfermería. En el paciente en estado crítico el registro de los signos vitales es una acción de enfermería permanente, además se considera necesario antes y después de procedimientos de diagnóstico invasivos como las cirugías, y por último antes y después de la administración de medicamentos que puedan afectar el sistema respiratorio o cardiovascular (Aguayo y Lagos, 2012). Teniendo en cuenta estos aspectos prácticos consideramos adecuada la frecuencia en los que se registran los signos vitales por el personal de enfermería a los adultos mayores del Hospicio Corazón de Jesús.

Una vez que se establezca el control de la glucosa, es suficiente reducir la frecuencia de la auto monitorización de glucosa en sangre a una o dos veces al día, 2 o 3 días a la semana. En los pacientes mayores 1 o 2 días a la semana, puede ser adecuado. El control en la diabetes tipo 2 no necesita ser tan intensivo como con diabetes tipo 1 a menos que el patrón normal se rompa (ejemplo: viajes, días festivos, enfermedad, cambios en la medicación y la dieta). El ideal sería valoración de la glucosa en sangre antes y después cada comida. Sería razonable valorar la glucosa en sangre en diversas horas del día en 2-3 días cada semana. La supervisión de la glucosa en sangre puede ayudar a los pacientes para aprender a ajustar el horario del tratamiento y mejorar así el control de glucemia (The Royal Australian College of General Practitioners, 2008).

Los valores de glucosa en sangre óptimos para un paciente diabético antes de una comida deben de estar de 80 a 130 mg/dl y unas 2 horas después de iniciar una comida por debajo de 180 mg/dl (ADA, 2017). En nuestro estudio el 18,7% mantiene cifras elevadas de glicemia que coinciden con algunos factores de riesgo propios de la población objeto de estudio.

El control de salud consiste en brindar la atención y los cuidados necesarios para que los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II puedan llevar una vida íntegra dentro de su sociedad. La frecuencia de los controles médicos dependerá de la respuesta de los pacientes al tratamiento y su evolución, en diferentes países tienen diseñados controles médicos dos veces por semana o en caso de descompensación. En nuestro estudio se sugiere revisión médica de los adultos mayores con diabetes que permanecen con descontrol o descompensación de sus cifras de glicemia.

El seguimiento y control del cumplimiento del tratamiento es parte de las acciones del personal de enfermería.

Las manifestaciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: depresión, ansiedad y estrés; así, al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión. De hecho, tanto la ansiedad como la depresión pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, si se modifica la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida (Rosales et al., 2014). Así, al menos la mitad de los adultos mayores, tienen alguna alteración del estado de ánimo en la que predomina la depresión y la ansiedad, resultado este que se corresponde con el de Villavicencio, Cardona, Pérez, López y Barbosa, 2012).

Por eso, como asevera Rosales et al., (2014) tanto la depresión como la ansiedad pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, si se modifica la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida.

Según Cuideo (2019) la comunicación es muy importante para entender las necesidades de una persona. A medida que van pasando los años, nuestra capacidad de comunicarnos con otros se va reduciendo. En este estudio la comunicación del personal de enfermería con los adultos mayores es buena y al parecer influye positivamente en la valoración que tienen los adultos mayores de la atención recibida en el Hospicio.

En nuestro estudio el grado de relaciones interpersonales de los adultos mayores suele ser satisfactoria. Este resultado nos lleva a tener en cuenta lo planteado por Martínez (2010) artículo donde refleja que las relaciones interpersonales mejoran cuando la gente se va haciendo mayor. Esta paz se debe, según investigadores norteamericanos, a diversos factores: una mejor regulación emocional y la perspectiva de un tiempo limitado de vida, en el caso de los ancianos. En la felicidad social de la vejez actuaría además otro factor: el de los estereotipos, porque los jóvenes suelen enfrentarse menos a las personas mayores que a sus iguales en todas las situaciones, incluidas las de confrontación.

En la actualidad es indiscutible que el ejercicio físico influye positivamente en la calidad de vida. Si se quiere continuar elevando la esperanza de vida de la población por los beneficios que esta reporta, el entrenamiento físico debe estar bien planificado, dosificado y orientado como parte inclusive de la cultura física terapéutica (De la Paz et al., 2012).

Uno de los objetivos prioritarios para el personal de enfermería es fomentar la actividad física en los adultos mayores para mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades y afecciones. En la actualidad es indiscutible que el ejercicio físico influye positivamente en la calidad de vida. Si se quiere continuar elevando la esperanza de vida de la población por los beneficios que esta reporta, el entrenamiento físico debe estar bien planificado, dosificado y orientado como parte inclusive de la cultura física terapéutica (Enfermeriacelayane, 2018).

La asociación entre la diabetes mellitus en ancianos y la hipertensión arterial hace que autores como De la Paz et al (2012) hablen de "epidemia en progreso", dado por diversos motivos, tales como: la prevalencia de hipertensión arterial en la

población con diabetes mellitus es aproximadamente el doble que en las personas que no presentan dicha afección; además, la hipertensión es determinante en el desarrollo y progresión de la nefropatía diabética, por lo cual se ha demostrado que un adecuado tratamiento de la hipertensión arterial puede ralentizar la progresión de dicha neuropatía. Asimismo, la hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares en el paciente diabético.

4.3 Conclusiones

Los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II responden al siguiente perfil: 50% hombres y mujeres respectivamente, el 65,6% se distribuye entre las edades 70-74 años, con escolaridad secundaria, con pareja el 79% y sobrepeso el 60,4%.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se concluye que las principales actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el Hospicio Corazón de Jesús, son: las de brindar información sobre las formas de alimentarse, informar sobre el estado nutricional, además informar sobre los tipos de alimentos que debe consumir. Se registran los signos vitales una vez al día, cumplen con el control glicémico semanal y dan seguimiento del cumplimiento de la toma de medicamentos diarios.

El estilo de vida puede ser moldeado por comportamientos saludables, los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del estudio, consumen las tres comidas del día, mayormente son consumidores de carnes y pescado, las frutas al menos se consumen una vez al día, así como los suplementos nutricionales, factores estos que contribuyen a mantener valores de glicemia dentro de límites aceptables para su control, según los resultados del estudio.

La participación en actividades físicas, el ser visitados por los familiares, la adecuada comunicación, las buenas relaciones interpersonales, además del buen grado de colaboración, la participación en actividades recreativas como el trabajo

artesanal en el Hospicio son factores que están contribuyendo en mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

La atención de enfermería que se brinda en el Hospicio Corazón de Jesús es buena, contribuyendo a mejorar la calidad y el estilo de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

4.4 Recomendaciones

Se recomienda realizar intervenciones educativas sobre el proceso de envejecimiento del adulto mayor, para incrementar los conocimientos e incorporar estilos de vida saludables, que proporcione mejoras en el estado de salud de los ancianos.

Realizar talleres de actualización de protocolos de atención al adulto mayor y de diabetes mellitus, al personal de salud que atiende a los adultos mayores en el Hospicio Corazón de Jesús.

Mejorar las campañas de promoción de salud relacionadas con los estilos de vida saludables.

CAPITULO V

5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DESDE LA ENFERMERÍA, DIRIGIDA A MEJORAR EL ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, DEL HOSPICIO CORAZÓN DE JESÚS, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS.

5.2 Antecedentes

Uno de los problemas demográficos actuales de mayor relevancia, tanto mundial como nacionalmente, es el envejecimiento poblacional. Es una realidad visible que impone retos al sistema de salud y que nos hace encaminar nuestro trabajo a identificar y trabajar con aquellos factores que posibiliten agregar más calidad de vida a estas personas que se encuentran en la tercera edad, etapa donde se hacen de por sí más vulnerables (Herrera, Martínez y Navarrete, 2015).

Teniendo en cuenta el estudio de Casanova et al (2016) una de las enfermedades a las que mayor vulnerabilidad tienen los adultos mayores es la diabetes mellitus que como el resto de las enfermedades crónicas está vinculada a factores conductuales, nutricionales y de influencia medioambiental, que en interacción con condicionantes genéticas causan la entidad. Además, concluye que el modo y estilo de vida occidental, con disminución de la actividad física y la inadecuada alimentación por consumo excesivo de alimentos de elevado contenido calórico, están entre las causas principales de esta epidemia (Casanova et al., 2016).

La diabetes, por ser una enfermedad no transmisible, repercute en la calidad de vida del paciente y de los familiares cercanos. Es importante ayudar a las personas con diabetes a obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar su condición y llevar una vida completa y saludable pues al ofrecer una óptima atención sanitaria, se puede reducir de forma importante el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas y hacer más saludable la vida de estas personas (casanova et al., 2018). Este planteamiento hace indispensable tomar estrategias educativas que modifiquen estilos de vida mediante el uso de la prevención y promoción de salud.

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se considera como un factor fundamental para el desarrollo de las personas, lo cual permite evitar las enfermedades que en la actualidad constituyen graves flagelos para la humanidad y que afectan sobremanera la calidad de vida de los seres humanos en plena capacidad física y mental, dentro de ellas, las crónicas no transmisibles, ocupan uno de los primeros puestos, en especial la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores, por lo cual se hace necesario aplicar lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud en el año de 1986 según la Carta de Ottawa que expresaba en términos literales que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Desde este aspecto es evidente que la comunidad debe tener acceso a la salud de una manera adecuada y en condiciones óptimas pero guiada por líderes y especialistas que dominen y estén aptos para transmitir informaciones veraces que permitan lograr cambios sustanciales en los estilos de vida y en las conductas que dañan a las personas, en especial a los adultos mayores más propensos por su edad a sufrir graves secuelas en su organismo (Naranjo, Vásquez y Jamilex, 2019).

Lo antes expuesto, hace necesario e indispensable proponer implementar una estrategia educativa dirigida especialmente a este grupo poblacional de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre estilos de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II.

5.3 Justificación

El Ecuador es un estado constitucional que hace ingentes esfuerzos por garantizar la salud, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación y la rehabilitación a toda la población, así como está referido en el artículo segundo de la Constitución de la República del Ecuador sobre los derechos del buen vivir, sección séptima del año 2008 (Constitución citado por Naranjo, Vásquez y Jamilex, 2019).

La sociedad contemporánea se ha convertido en una sociedad con predominio de personas de la tercera edad. Se estima que para el año 2025 la población mayor de 65 años del planeta se duplicará de 390 millones a 800. En América Latina y El Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, en 2002 se estimó el 8 %, mientras que para 2025 se calcula el 12,8 % de la población en este grupo y para el 2050 el 22 %, de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se duplicará (Casanova et al., 2018).

En este caso, es el envejecimiento es un fenómeno individual, donde se producen cambios difíciles de incorporar y asimilar, por lo que llegan a esta etapa del ciclo vital del desarrollo con modos y estilos de vida poco adecuados, desconocimiento de los beneficios que le proporciona la práctica de ejercicio físico en la prevención de la discapacidad físico-motora y su aspecto social, generándole calidad de vida y longevidad satisfactoria (Lozano, Suárez y Rodríguez, 2012). Teniendo en cuenta lo antes expuesto se hace necesario implementar estrategias educativas que incorporen conocimientos relacionados con los beneficios de modificar estilos de vida y de esta forma mejorar la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo General

Evaluar el impacto de una estrategia educativa dirigida a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, desde el enfoque enfermero para elevar el nivel de conocimientos sobre estilos que permitan una mejor calidad de vida.

5.4.2 Objetivos Específicos

Diseñar una estrategia educativa dirigida a mejorar el nivel de conocimientos sobre estilos de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, mediante la aplicación de medidas de prevención a través de una capacitación sistemática.

Informar de manera periódica, a través de técnicas educativas las ventajas de un cambio en los estilos de vida de los adultos mayores dirigidos a la prevención de diabetes mellitus tipo II en adultos mayores.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta

5.5.1 Estructura general de la propuesta

Esta propuesta pretende educar a la población de adultos mayores, mediante la cual adquieran conocimientos sobre diabetes mellitus, envejecimiento, factores de riesgo que influyen en la calidad de vida, las medidas de prevención, así como la promoción de adecuados hábitos y estilos de vida en la población general.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la propuesta, la estrategia está diseñada para lograr transmitir información, conocimientos concernientes al tema de estilos de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y que es de

interés de la población susceptible, autoridades sanitarias, líderes y la familia. Interesa fomentar en la población de riesgo hábitos alimentarios saludables, estimular la práctica de ejercicios físicos y recreación, disminución de los hábitos tóxicos, para evitar complicaciones futuras.

Se utilizarán distintos mecanismos y herramientas educativas que permitan a los facilitadores enseñar y estimular el aprendizaje de los participantes, entre las que decidimos incluir los afiches, charlas educativas en las salas de reuniones para estos fines, el uso de pancartas, trípticos, lluvia de ideas, preguntas y respuestas, basados en las medidas de prevención de la diabetes mellitus tipo II en el adulto mayor, todo esto transmitido de manera interactiva para facilitar la mejor comprensión de los participantes.

5.1.1 Principales temas a tratar en las charlas educativas que se impartirán

A propósito, se realizarán diversas intervenciones sobre el estilo de vida, concretamente a través de la promoción de hábitos de alimentación, práctica de actividad física, conocimientos de su enfermedad, el estado emocional para fortalecer los programas de educación que existen para adultos mayores y enfermos de diabetes mellitus tipo II.

1. Prácticas alimentarias saludables. Se sugiere hacer las recomendaciones para una dieta sana en general, haciendo hincapié en las personas mayores de 60 años: disfrutar la comida, tener gran variedad de alimentos, comer la cantidad adecuada para mantener un peso saludable, ingerir muchas frutas y verduras y no comer exceso de alimentos que contengan grasa, sobre todo, grasa saturada; consumir suficiente agua y fibras dietéticas durante el día, evitar los alimentos fritos.

2. Actividad física. Realizar ejercicios de preparación física, realizar actividad física moderada, como, por ejemplo, caminatas y ejercicios en áreas para adultos mayores o con la familia. Realizar ejercicios de relajación, bailoterapia. Brindar información sobre los beneficios de la actividad física sistemática.

3. Conocimiento sobre su padecimiento. Explicar características de la diabetes mellitus tipo II, además, explicar causas del envejecimiento y los cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que aparecen paulatinamente con el paso de los años.

4. Estado emocional. Incrementar conocimientos sobre mente sana, mostrar técnicas de automotivación que permitan mantener un estado emocional adecuado y evitar la tristeza, depresión, estado de ansiedad.

5.5.2 Componentes

La propuesta alternativa será implementada por las investigadoras una vez finalizada la investigación. Para esto, se apoyará de la participación de las autoridades del Hospicio Corazón de Jesús, líderes de la comunidad donde radican los adultos mayores y familiares que deseen participar.

Las autoridades sanitarias se encargarán de brindar la información sobre los temas antes mencionados y que las investigadoras consideran de relevancia. Dichas autoridades son los encargados de contribuir a lograr transformaciones en la calidad de vida de estas personas mediante la modificación de estilos de vida saludables.

Debido a la calidad del diseño en la propuesta hecha por Naranjo, Vásquez y Jamilex (2019) las investigadoras consideraron importante incluir estos aspectos relacionados con los componentes, la estrategia educativa debe basarse en los varios componentes incluidos en un plan de mejoras siguiendo las fases y desarrollando acciones propias de una intervención comunitaria, lo cual debe estar muy bien concebido, teniendo en cuenta los imprevistos humanos, climáticos y de otra índole. La intervención será el componente fundamental alrededor de la cual se nucleará todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, la cual partirá de una evaluación previa a la que le seguirá un entrenamiento estratégico que finalizará con una evaluación final de gran utilidad para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollados. En el ámbito educativo y desde una perspectiva de salud enfocada a las acciones de enfermería como eje central de toda la estrategia,

se tratará de identificar inicialmente y de comprobar finalmente, el grado de las capacidades y actitudes que los sujetos pueden desempeñar sobre los contenidos concretos, por lo cual la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de esto, se ajusta la programación de toda la estrategia, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje con un diseño flexible acorde a las capacidades individuales y de informaciones previas con el fin de hacerla configurable y dúctil en cada momento, sin dejar a un lado la esfera emocional y afectiva de cada individuo.

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

La presente propuesta tendrá repercusión significativa en las autoridades del Hospicio Corazón de Jesús, por lo que constituirá un punto de partida para el análisis de la problemática y los efectos que está teniendo en la calidad de vida de los adultos mayores, podría servir de guía metodológica para el personal de enfermería en sus actividades diarias en las instituciones de salud de la atención primaria de salud.

Esta estrategia está concebida con el objetivo de concientizar a la población, mejorar el estilo de vida de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y que sirva como referencia para otros grupos poblacionales con similares características, lográndose de esta manera beneficio para el estado, la sociedad y la familia, al mejorar la calidad de vida y disminuir los costos de atención. Tendrá una contribución práctica porque logrará mejorar hábitos, costumbres en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y que hasta el momento manifestaban un estilo de vida inadecuado y el aporte social estará en lograr resaltar el trabajo del personal de enfermería y otras autoridades sanitarias con el fin de que de que se cumplan los objetivos trazados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, A., & Lagos, A. (2012). Guía clínica de control de signos vitales. *Universidad Pedro de Valdivia, [En línea]*. Recuperado el 18 de enero de 2020, de [http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012 S, 1](http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012%20S%201).
- Almeida, V. D. C. F. D., Zanetti, M. L., Almeida, P. C. D., & Damasceno, M. M. C. (2011). Ocupación y factores de riesgo para diabetes tipo 2: un estudio en trabajadores de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermería*.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes—2017 abridged for primary care providers. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association, 35*(1), 5.
- Arévalo, G. (2017, 30 enero). ¿Qué alimentos debe consumir el adulto mayor con diabetes? Recuperado 5 enero, 2020, de <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20018-que-alimentos-debe-consumir-el-adulto-mayor-con-diabetes>
- Aponte Daza, Vaneska Cindy. (2015). CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 13*(2), 152-182. Recuperado en 22 de enero de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es.
- Asociación Americana de Diabetes. (2019, enero). Clasificación y diagnóstico de la diabetes: estándares de atención médica en diabetes — 2019. Recuperado 9 enero, 2020, de <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>
- Atlas, C. d. (2017). Diabetes Atlas. Federación Internacional de. Obtenido de <https://doi.org/2-930229-80-2>.

- Ávila, A., Gómez, M., Parra, I., Urdaneta, O., Villarroel, F., Quijada, K., ... & Marín, D. (2017). Factores de riesgos para enfermedades crónicas: estilo de vida, índice de masa e hiperglicemia en la comunidad. *Investigación Clínica*, 58(1), 668-770. Recuperado el 5 de enero de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3729/372951388029.pdf>
- Balladares Burbano, J. K., & Freire Gómez, D. L. (2017). Autocuidado en la prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes (Tesis).
- Bao, W., Tobias, D. K., Bowers, K., Chavarro, J., Vaag, A., Grunnet, L. G., & Zhang, C. (2014). Physical activity and sedentary behaviors associated with risk of progression from gestational diabetes mellitus to type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. *JAMA internal medicine*, 174(7), 1047-1055. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1873080>
- Barrón, Verónica, Rodríguez, Alejandra, & Chavarría, Pamela. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100008>
- Bautista Rodríguez, Luz Marina, & Zambrano Plata, Gloria Esperanza (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1) ,131-148. [Fecha de Consulta 18 de diciembre de 2019]. ISSN: 0124-2059. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145233516009>
- Bellamy, L., Casas, J. P., Hingorani, A. D., & Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 373(9677), 1773-1779. Recuperado el 12 de enero de 2020, de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60731-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60731-5)

- Bolet Astoviza, Miriam, & Socarrás Suárez, María Matilde. (2009). *La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(1) Recuperado en 25 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020&lng=es&tlng=es.
- Bombelli, M., Facchetti, R., Segal, R., Carugo, S., Fodri, D., Brambilla, G., & Mancina, G. (2011). Impact of body mass index and waist circumference on the long-term risk of diabetes mellitus, hypertension, and cardiac organ damage. *Hypertension*, 58(6), 1029-1035. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.175125>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (2019). Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 44(3). Recuperado 24 de diciembre, 2019, de: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/384>
- Bourne, R. R., Stevens, G. A., White, R. A., Smith, J. L., Flaxman, S. R., Price, H., ... & Pesudovs, K. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. *The lancet global health*, 1(6), e339-e349.
- Casanova Moreno, María de la Caridad, Bayarre Veá, Héctor Demetrio, Navarro Despaigne, Daysi Antonia, Sanabria Ramos, Giselda, & Trasancos Delgado, Maricela. (2016). Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-12. Recuperado en 18 de diciembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400001&lng=es&tlng=es.
- Casanova Moreno, M de la C, Bayarre Veá, HD, Navarro Despaigne, DA, Sanabria Ramos, G, & Trasancos Delgado, M. (2018). Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 14-25. Recuperado en 09 de febrero de

2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100004&lng=es&tlng=es.

Chavarría Chavarría, C. (2014). Protocolo de atención de enfermería en pacientes geriátricos asistidos en el Hospicio Sagrado Corazón de Jesús desde el mes de diciembre del 2013 a mayo del 2014. Recuperado el 13 de enero de 2020, de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3001>

Cornell S. (2015). Continual evolution of type 2 diabetes: an update on pathophysiology and emerging treatment options. *Therapeutics and clinical risk management*, 11, 621–632. doi:10.2147/TCRM.S67387

Correll, C. U., Detraux, J., De Lepeleire, J., & De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World psychiatry*, 14(2), 119-136. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1002/wps.20204>

Cuideo. (2019, 13 julio). Comunicación con personas mayores: Consejos para lograrlo [Publicación en un blog]. Recuperado 12 enero, 2020, de <https://cuideo.com/blog-cuideo/buena-comunicacion-personas-tercera-edad/>

De la Paz Castillo, K. L., Proenza Fernández, L., Gallardo Sánchez, Y., Fernández Pérez, S., & Mompí Lastre, A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan*, 16(4), 489-497. Recuperado el 07 de enero de 2020, de

El Universo. (2017, 8 septiembre). Diabetes sigue en aumento. El Universo. Recuperado de <https://www.eluniverso.com/vida/2017/09/08/nota/6369748/diabetes-sigue-aumento>

Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT). 2014. Instituto nacional de Estadística y Censos, Ecuador.

- Enfermeriacelayane. (2018, 23 enero). Unidad didáctica 3: Atención de Enfermería en el adulto mayor Sano y Enfermo [Publicación en un blog]. Recuperado 12 enero, 2020, de <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-3-atencion-de-enfermeria-en-el-adulto-mayor-sano-y-enfermo/>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Lamuela-Raventos, R. M. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England Journal of Medicine*, 378(25), e34. Recuperado el 12 de enero de 2020, de https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1800389#article_citing_articles
- Exaltación Paredes, N. (2016). Prácticas de estilos de vida en pacientes con diabetes tipo ii, de la estrategia sanitaria daños no transmisibles de un establecimiento de salud de Huánuco. Recuperado el 16 de enero de 2020, de <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/120>
- Fortea Altava, M. (2017). Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado el 12 de enero de 2020, de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/442962/2017_Tesis_Fortea%20Altava_Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González Salcedo, Priscila (2008). ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO DESDE UNA PERSPECTIVA DE AUTOCUIDADO. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(2),63-95. [fecha de Consulta 12 de enero de 2020]. ISSN: 0124-2059. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145217279004>
- Grontved, A., Pan, A., Mekary, R. A., Stampfer, M., Willett, W. C., Manson, J. E., & Hu, F. B. (2014). Muscle-strengthening and conditioning activities and risk of type 2 diabetes: a prospective study in two cohorts of US women. *PLoS medicine*, 11(1), e1001587. Recuperado el 2 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001587>

Guerrero Montoya, Luis Ramón, & León Salazar, Aníbal Ramón (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48),13-19. [fecha de Consulta 13 de enero de 2020].

ISSN: 1316-4910.

Disponible

en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=356/35616720002>

Harrison, T. R., & Fauci, A. S. (2009). *Principios de medicina interna* (No. 616). 18ª ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <http://www.harrisonmedicina.com/helphome.aspx>

Heredia Albarracin, C. J. (2017). Proceso de atención de enfermería en pacientes con diabetes mellitus tipo ii que presentan neuropatías periféricas. Recuperado 18 de diciembre, 2019, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10044>

Hernández, L., Fernández, C., Henríquez, D., & Lorenzo, N. Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Iberoam. Educ. investi. Enferm*, 46-53. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>

Herrera Santí, Patricia María, Martínez García, Nayeli, & Navarrete Ribalta, Cristobalina. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4) Recuperado en 09 de febrero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ecuador. 2017. Recuperado el 26 de diciembre, 2019, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas>

Ley, S. H., Ardisson Korat, A. V., Sun, Q., Tobias, D. K., Zhang, C., Qi, L., ... & Hu, F. B. (2016). Contribution of the Nurses' Health Studies to uncovering risk factors for type 2 diabetes: diet, lifestyle, biomarkers, and genetics. *American*

journal of public health, 106(9), 1624-1630. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303314>

Liebl, A., Khunti, K., Orozco-Beltran, D., & Yale, J. F. (2015). Health economic evaluation of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice focused review. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*, 8, CMED-S20906. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.4137/CMED.S20906>

Loor, M., Figueroa, F., Quijije, M., & Intriago, K. (2019). CONTRIBUCIONES MÉDICAS PARA PREVENIR LA DIABETES MELLITUS TIPO II. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(95), 52-58. Recuperado 18 de diciembre, 2019, de <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/246>

Martínez, Y. (2010, 30 junio). Las relaciones personales mejoran en la vejez. Recuperado 12 enero, 2020, de https://www.tendencias21.net/Las-relaciones-personales-mejoran-en-la-vejez_a4620.html

Mata-Cases, M., Artola, S., Escalada, J., Ezkurra-Loyola, P., Ferrer-García, J. C., Fornos, J. A., ... & Rica, I. (2015). Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Avances en Diabetología*, 31(3), 89-101. Recuperado el 13 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.avdiab.2014.10.007>

Meléndez, J. (2014). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC*. Recuperado el 05 de enero de 2020, de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2017). Diabetes mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica (GPC), 1–87.

- Ministerio de Salud de Bolivia. (2013). Guía alimentaria para el adulto mayor. Recuperado 4 enero, 2020, de <http://www.sns.gob.bo>
- Modi, Z. J., Lu, Y., Ji, N., Kapke, A., Selewski, D. T., Dietrich, X., ... & Gipson, D. S. (2019). Risk of cardiovascular disease and mortality in young adults with end-stage renal disease: an analysis of the US Renal Data System. *JAMA cardiology*, 4(4), 353-362.
- Monroy, G., & Altamirano, J. (2013). Paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso. *Cuidarte "El arte del Cuidado"*, 2(4), 48-71.
- Mueras Salazar, L. A. (2019). Estilos de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Ventanilla Callao durante el periodo enero 2019. Recuperado el 13 de enero de 2020, de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2095>
- Muñiz, Gabriela Maldonado, Gómez, Beatriz Arana, Becerril, Lucila Cárdenas, & Solano, Gloria Solano. (2019). ESTILO DE VIDA DE ANCIANOS QUE VIVEN CON DIABETES Y CARACTERIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20170552. Epub May 09, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0552>
- Naranjo Gaibor, S. M., Vásquez, M., & Jamilex, M. (2019). *Atención de enfermería y su relación con los estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial, de la comunidad Cuatro Esquinas, Guaranda, Bolívar, octubre 2018-abril 2019* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2019).
- Naranjo-Hernández, Ydalsys, Felipe-Reyes, Tania, Sánchez-Carmenate, Meyvel, & Cuba-Rodríguez, Alianiuvis. (2019). Nursing intervention in home care for the elderly with diabetes mellitus. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(3), 339-348. Recuperado en 24 de diciembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000300339&lng=es&tlng=en.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2012). Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. *NICE Guidelines PH38*. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <http://www.nice.org.uk/guidance/ph38>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018, 30 octubre). Diabetes. Recuperado 23 diciembre, 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (2012). Diabetes. Nota descriptiva No. 312. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.

Padrón González, Odalis, Crespo Fernández, Diana, Breijo, Hipólito, Gil Figueroa, Bertha Vivian, & Sandrino Sánchez, Maribel. (2013). Características epidemiológicas y clínicas de los ancianos con diabetes mellitus. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(4), 2-10. Recuperado en 24 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400002&lng=es&tlng=es.

Pan, A., Wang, Y., Talaei, M., Hu, F. B., & Wu, T. (2015). Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 3(12), 958-967. Recuperado el 12 de enero de 2020, de [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00316-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00316-2)

Paulweber, B., Valensi, P., Lindström, J., Lalic, N. M., Greaves, C. J., McKee, M., ... & Sheppard, K. E. (2010). A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Hormone and Metabolic research*, 42(S 01), S3-S36. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0029-1240928>

- Pérez Ríos, M., & Ruano Raviña, A. (2004). La alimentación de los ancianos diabéticos. *Elsevier*, 23(1). Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-alimentacion-los-ancianos-diabeticos-13057218>
- Pimentel Jaimes, Jose Alfredo, Sanhuesa Alvarado, Olivia, Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes, & Gallegos Cabriales, Esther Carlota. (2014). EVALUACIÓN DEL EFECTO A LARGO PLAZO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 59-68. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300006>
- Ramírez Perdomo, C. A., Perdomo Romero, A. Y., & Galán González, E. F. (2013). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería; Vol. 31, núm. 1; 42-51* 23460261 01214500. Recuperado18 de diciembre, 2019, de <http://bdigital.unal.edu.co/38801/1/42182-194384-1-PB.pdf>
- RedGDPS. (2012). La enfermera de primaria y la diabetes. Guía de la RedGDPS. Recuperado 12 enero, 2020, de <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/guia%20enfermeria%20redgdps%20diabetes%20tipo%202.pdf>
- Rodríguez Elías, D., Lorente Cabrales, J., Lara Rodríguez, N., Araujo Rodriguez, H., & Gainza González, B. (2016). Estrategia de intervención psicológica para modificar estilos de vidas en el adulto mayor. CMF No.40. Yara. *MULTIMED*, 20(2), 272-283. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/148>
- Roglic, G. (Ed.). (2016). *Global report on diabetes*. World Health Organization. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=6E2CEBB5F923907C00478783974979A7?sequence=1>
- Romero-Márquez, Rubén Salvador, & Díaz-Veja, Gloria, & Romero-Zepeda, Hilda (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo

2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2),125-136. [fecha de Consulta 13 de enero de 2020]. ISSN: 0443-5117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745501006>

Rosales Rodríguez, Reinalda de la C., García Díaz, Reina de La Caridad, & Quiñones Macias, Eloina. (2014). Lifestyle and self-perception on mental health in the elderly. *MEDISAN*, 18(1), 61-67. Recuperado en 24 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es&tlng=en.

Ruiz-Arregui, L., & Pérez-Lizaur, A. B. (2010). Nutrición y diabetes en el anciano. *Revista de investigación clínica*, 62(4), 350-356. Recuperado el 05 de enero de 2020, de http://ri.iberomx/bitstream/handle/iberomx/1033/PLAB_Art_02%20pdf.pdf?sequence=1

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., ... & Shaw, J. E. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes research and clinical practice*, 157, 107843. Recuperado el 9 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>

Salas-Salvadó, J., Bulló, M., Babio, N., Martínez-González, M. Á., Ibarrola-Jurado, N., Basora, J., ... & Ruiz-Gutiérrez, V. (2018). Erratum. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care* 2011; 34: 14–19. *Diabetes care*, 41(10), 2259-2260. Recuperado el 13 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.2337/dc18-er10>

Salcedo-Álvarez, R. A., Zarza-Arizmendi, M. D., Alba-Leonel, A., & Fajardo-Ortiz, G. (2010). Calidad de vida y calidad de atención de enfermería en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(2), 63-73.

- Sánchez Chávez, Y. D. L. Á., Hidalgo, V., del Carmen, M., Santos Roca, T., Gainza González, B. A., & Lara Rodríguez, N. (2018). Caracterización del estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Yara, 2017. *Multimed*, 22(5), 911-923.
- Sánchez Fernández, G., Naún Savón, Y., Baró Bouly, T., & Serrano Durán, C. (2017). Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista Información Científica*, 97(1), 115-124. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1768/3549>
- Sánchez-Ruiz, F., la Cruz-Mendoza, D., Cereceda-Bujaico, M., & Espinoza-Bernardo, S. (2014, April). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 75, No. 2, pp. 107-111). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Sánchez, C. (2009). Estilo de vida relacionado con la salud.
- Sanzana, M. G., & Durruty, P. (2016). Otros tipos específicos de diabetes mellitus. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 160-170. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.005>
- Solórzano, R. W. V., & Vargas, A. R. R. (2019). La actividad física para el desarrollo la calidad de vida de adultos mayores con diabetes TIPO II. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 362-386. Recuperado 18 de diciembre, 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796775>
- Sterling, L., Liu, J., Okun, N., Sakhuja, A., Sierra, S., & Greenblatt, E. (2016). Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome undergoing in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 105(3), 791-797. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.11.019>

- Surampudi, P. N., John-Kalarickal, J., & Fonseca, V. A. (2009). Emerging concepts in the pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 76(3), 216-226. Recuperado el 12 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1002/msj.20113>
- Tello Bravo, L. (2017). AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA–HUÁNUCO 2017. Recuperado 24 de diciembre, 2019, de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/568/TELLO%20BRAVO%2c%20LIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Torrejón Mendoza, C., & Reyna Márquez, E. (2012). Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. *In Crescendo*, 3(2), 267-276. doi: <https://doi.org/10.21895/incres.2012.v3n2.08>
- Ulloa Sabogal, I., Mejia Arciniegas, C., Plata Uribe, E., Noriega Ramírez, A., Quintero Gómez, D., & Grimaldos Mariño, M. (2017). Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Revista Cubana De Enfermería*, 33(2). Recuperado 24 de diciembre, 2019, de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>
- Villafuerte, S., & Abel, L. (2019). Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II (Bachelor's thesis, JIPIJAPA-UNESUM).
- Villavicencio, M., Cardona, G., Pérez, G., López, M., & Barbosa, M. (2012). Ansiedad y Depresión como Indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista de Psicología da IMED*, 4(1), 649-661. doi:<https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v4n1p649-661>
- World Health Organization (WHO). 2016. Global Report on Diabetes. Recuperado el 12 de enero de 2016 de, <https://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/>

Zambrano, J. L. (2019). Proceso de atención de enfermería en el autocuidado de los pacientes diabéticos del centro de salud de yaruquies provincia de Chimborazo, durante el periodo 2018-2019 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería). Recuperado el 14 de enero de 2020, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44589>

Zaragoza, A. M., Ferrer, R. C., Cabañero, M. M., Hurtado, J. S., & Laguna, A. P. (2015). Adherence to the Mediterranean diet and its relation to nutritional status in older people. *Nutrición hospitalaria*, 31(4), 1667-1674. Recuperado el 15 de enero de 2020, de DOI: 10.3305/nh.2015.31.4.8553.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de contingencia.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Cómo incide la calidad de la atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?	Determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período de tiempo que transcurre desde octubre 2019 hasta marzo 2020.	La calidad de las intervenciones de enfermería influye en los cambios de estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, atendidos en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVO ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS
¿Cuáles son las actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?	Identificar las actividades de enfermería que se aplican en el cuidado de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, en el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020	
¿Qué estilo de vida presentan los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, que residen en	Evaluar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus II, que residen en	

<p>el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?</p> <p>¿Cuáles son los factores que contribuyen a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020?</p>	<p>el Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.</p> <p>Identificar los factores que contribuyen a mejorar el estilo de vida de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020</p>	
---	--	--

Anexo 2. Información a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Calidad de atención de enfermería y su incidencia en el estilo de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.

Estimado (a) Sr/Sra.

Introducción/objetivo:

Los egresados pertenecientes a la Universidad Técnica de Babahoyo de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela de Salud y Bienestar, Carrera de Enfermería, pretenden realizar un estudio en su comunidad como requisito académico para optar por el título de Licenciado(a) en Enfermería. El proyecto tiene como objetivo determinar la incidencia de la calidad de atención de enfermería en el estilo de vida de adultos mayores con Diabetes Mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, en el período de tiempo que transcurre desde octubre 2019 hasta marzo 2020.

Procedimiento:

Si Ud. acepta participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas a través de un cuestionario sobre algunos aspectos personales, sociales y profesionales.

Beneficios directos:

No recibirá ningún pago por el estudio, como tampoco implicará costo alguno para Ud.

Confiabilidad:

Toda información que proporcione será concebida como confidencial, será utilizada estrictamente para la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito.

- El cuestionario quedará identificado por un número.

Los resultados del estudio serán publicados sólo con fines científicos, pero omitiendo la identidad de cada una de las personas participantes.

Riesgos potenciales:

No existen riesgos potenciales que impliquen su participación. Si alguna pregunta le incomoda tiene el derecho de no responderla.

Participación voluntaria:

Ud. está en todo su derecho de participar o no en el proyecto de investigación.

Muchas gracias.

Anexo 3. Consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, DEL HOSPICIO CORAZÓN DE JESÚS, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, OCTUBRE 2019-MARZO 2020.

Los objetivos y procedimientos del Proyecto de Investigación me han sido explicados claramente y he comprendido toda la información.

Acepto participar en la Investigación.

Yo _____, acepto en toda libertad participar en este Proyecto de Investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Anexo 4. Declaración de las investigadoras sobre la firma de consentimiento informado.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN SOBRE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaración de las investigadoras del proyecto que llevarán a cabo la entrevista sobre el consentimiento informado:

Hemos explicado cuidadosamente en qué consiste la investigación a la persona arriba mencionada y estaremos presente cuando estos llenen el documento de consentimiento informado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 5: CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



Objetivo: Identificar la calidad de atención de enfermería y su incidencia en el estilo de vida en adultos mayores con diabetes mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.

Instrucción: Los resultados de la encuesta serán utilizadas exclusivamente con fines académicos, por lo que le agradecemos colocar una X en la respuesta que considera la correcta.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo:

M F

Estado civil:

Casado

Soltero

Viudo

Divorciado

Unión Libre

Nivel de escolaridad:

Primaria

Secundaria

Superior

1. Señale la frecuencia del consumo habitual de sus comidas.

▪ Tres veces al día

▪ Cuatro veces al día

▪ Cinco veces al día

1. De los siguientes alimentos ricos en carbohidratos ¿cuáles consume diariamente?

▪ Gramos de Arroz

▪ Gramos de Papas

▪ Gramos de Fideos

▪ Porción de Pan

2. De los siguientes alimentos ricos en proteínas ¿cuáles consume diariamente?

▪ Taza leche

▪ Porción de pollo

▪ Porción Pescado

▪ Porción Huevos

▪ Gramos Fréjoles

3. ¿Cuántas veces al día consume frutas?

- 1 al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día

4. ¿Cuántas veces al día consume vegetales?

- 1 vez al día
- 2 veces es al día
- 3 veces al día

5. ¿Cuántas veces al día consume bebidas azucaradas?

- Cada día
- Cada 3 días
- 1 vez por semana
- Nunca

6. ¿Qué cantidad de agua consume por día?

- 2 vasos al día
- 4 vasos al día
- 8 vasos al día

7. ¿Con qué frecuencia consume suplementos?

- Cada semana
- Cada 15 días
- Cada 2 meses

8. ¿Se brinda información sobre forma de alimentarse?

Si () No ()

9. ¿Se brinda información sobre el Estado Nutricional?

Si () No ()

10. ¿Se brinda información de tipos de alimentos a ingerir?

- Siempre
- A veces
- Nunca

11. ¿Con qué frecuencia se realiza el registro de signos vitales?

- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día

12. ¿Con qué frecuencia se realiza el control de glicemia?

- 1 vez/día
- Cada 2 días
- Cada semana

13. ¿Se hace sugerencia para revisión médica?

Si () No ()

14. ¿Se brinda seguimiento al cumplimiento en la toma del medicamento?

Si () No ()

15. ¿Cómo evalúa el estado de ánimo en el que se encuentra?

- Alegría
- Depresión
- Ansiedad
- Hostilidad

16. Nivel de depresión que presenta

- Leve
- Moderado
- Severo
- Ninguno

17. ¿Con qué frecuencia es visitado por los familiares?

- Siempre
- A veces
- Nunca
- Solo cuando se requiere

18. ¿Mantiene una adecuada comunicación en el Hospicio?

- Siempre
- A veces
- Nunca

19. ¿Cómo califica el grado de interacción interpersonal en el Hospicio?

- Bueno
- Malo
- Regular

20. ¿Cómo califica el grado de colaboración en el Hospicio?

- Buena
- Mala
- Regular

21. ¿Con qué frecuencia participa en actividades físicas?

- Siempre
- Casi siempre
- Nunca

22. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

- Indor
- Natacion
- Aerobico
- Yoga

23. ¿En qué tipo de actividades recreativas participa?

- Dibujo
- Costura
- Artesanías

24. ¿Cómo califica la atención recibida?

- Buena
- Mala
- Regular

25. ¿Qué tipos de problemas de adaptación a tenido?

- Inconformidad con la comida
- Inconformidad con el área
- Inconformidad con los medicamentos

26. ¿Qué tipo de complicaciones en la salud presenta?

- Hipertensión
- Pie diabético
- Accidente cerebrovascular
- Otras

ANEXO 6: Cuestionario dirigido a los profesionales de enfermería.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**



Objetivo: Identificar la calidad de atención de enfermería y su incidencia en el estilo de vida en adultos mayores con diabetes mellitus II, del Hospicio Corazón de Jesús, cantón Guayaquil, provincia Guayas, octubre 2019-marzo 2020.

Instrucción: Los resultados de la encuesta serán utilizadas exclusivamente con fines académicos, por lo que le agradecemos colocar una X en la respuesta que considera la correcta.

Nombre: _____

Edad:

Genero:

M

F

Estado civil:

Casado

Soltero

Viudo

Divorciado

Unión Libre

1. De los siguientes alimentos ricos en carbohidratos ¿cuáles consume diariamente el adulto mayor?

- Gramos de Arroz
- Gramos de Papas
- Gramos de Fideos
- Porción de Pan

2. De los siguientes alimentos ricos en proteínas ¿cuáles consume diariamente adulto mayor?

- Taza leche
- Gramos carnes
- Porción Pescado
- Porción Huevos
- Gramos Fréjoles

3. ¿Cuántas veces al día consume frutas?

- 1 al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día

4. ¿Cuántas veces al día consume bebidas azucaradas?

- Cada día

- Cada 3 días
 - 1 vez por semana
 - Nunca
5. ¿Qué cantidad de agua consume por día?
- 2 vasos al día
 - 4 vasos al día
 - 8 vasos al día
6. ¿Con qué frecuencia consume suplementos?
- Cada semana
 - Cada 15 días
 - Cada 2 meses
7. ¿Se brinda información sobre forma de alimentarse?
- Si () No ()
8. ¿Se brinda información sobre el Estado Nutricional?
- Si () No ()
9. ¿Se brinda información de tipos de alimentos a ingerir?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
10. ¿Con qué frecuencia se realiza el registro de signos vitales?
- 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
11. ¿Con qué frecuencia se realiza el control de glicemia?
- 1 vez/día
 - Cada 2 días
 - Cada semana
12. ¿Se hace sugerencia para revisión médica?
- Si () No ()
13. ¿Se brinda seguimiento al cumplimiento en la toma del medicamento?
- Si () No ()
14. ¿Cómo evalúa el estado de ánimo en el que se encuentra?
- Alegría
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Hostilidad
15. Nivel de depresión que presenta
- Leve
 - Moderado
 - Severo
16. ¿Con qué frecuencia es visitado por los familiares?
- Siempre

- A veces
- Nunca
- Solo cuando se requiere

17. ¿Mantiene una adecuada comunicación en el Hospicio?

- Siempre
- A veces
- Nunca

18. ¿Con qué frecuencia participa el adulto mayor en actividades físicas?

- Siempre
- Casi siempre
- Nunca

19. ¿Qué tipos de problemas de adaptación a tenido?

- Inconformidad con la comida
- Inconformidad con el área
- Inconformidad con los medicamentos

20. ¿Qué tipo de complicaciones en la salud presenta el adulto mayor?

- Hipertensión
- Pie diabético
- Accidente cerebrovascular
- Otras

ANEXO 7: Aplicación de la encuesta en el Hospicio Corazón de Jesús



Encuesta realizada al adulto mayor del área Santa Elena.



Encuesta realizada al adulto mayor del área Santa Cecilia.



Encuesta realizada al adulto mayor del área Santa Catalina.



Encuesta realizada al adulto mayor del área Santa Martha.



Encuesta realizada al adulto mayor del área Santa Martha.

Anexo 8: Autorización de ingreso a la Institución



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, 18 de Diciembre del 2019.

Oficio No. 065/ CARR-ENFER/2019.

ING. EDUARDO ROMERO CARBO.
INSPECTOR DEL HOSPICIO "CORAZON DE JESUS".
Ciudad.-

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la Coordinación de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En calidad de Coordinadora de la carrera de Enfermería me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitarle autorice el ingreso de las estudiantes:

MENDOZA CIRINO PAMELA LILIBETH

C.I: 0952290609

MUÑOZ ULLOA MARIUXI JOHANNA

C.I: 1205531690

Egresadas de la Carrera de Enfermería que se encuentran en el Proceso de Titulación Periodo Octubre 2019 – Marzo 2020, para recabar información de la Institución que acertadamente dirige, la misma que contribuirá en la elaboración del Proyecto de Investigación con el tema: "CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, DEL HOSPICIO CORAZON DE JESUS, CANTON GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS PERIODO OCTUBRE 2019 – MARZO 2020".

Con sentimiento de distinguida consideración y por el avance Académico de nuestra Facultad y Escuela.

Atentamente,


Lcda. Mónica Acosta Gaibor, MSC.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.

 HOGAR DEL CORAZON DE JESUS
ASISTENTE
ADMINISTRATIVO

07 FEB 2020

RECIBIDO

HORA: _____
Lcda. Sandra Bollorino Villamar

Elaborado por: Lcda. Francia Guerrero

Av. Universitaria Km 2 1/2 Vía Montalvo
E-mail:


CON. Susana Morán Reyes
ADMINISTRADORA
Justa de Atención de Guayaquil
Hogar del Corazón de Jesús

Babahoyo, 7 de febrero del 2020

ECON. SUSANA MORAN REYES
ADMINISTRADORA DEL HOGAR DEL CORAZÓN DE JESÚS.

Presente.

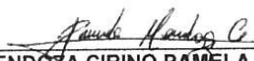
De nuestras consideraciones:


Por medio de la presente, nosotras **MENDOZA CIRINO PAMELA LILIBETH** con **C.I.0952290609** y **MUÑOZ ULLOA MARIUXI JOHANNA** con **C.I.1205531690** hacemos mención del Proyecto de Investigación con el tema: **“CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN EL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS II, HOGAR DEL CORAZON DE JESUS, CANTON GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS”**

De manera muy respetuosa solicitamos el permiso para realizar evidencias fotográficas por lo que se requiere adjuntarlas al trabajo final del Proyecto de Investigación.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, le reiteramos nuestros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente:


MENDOZA CIRINO PAMELA LILIBETH
C.I.: 0952290609


MUÑOZ ULLOA MARIUXI JOHANNA
C.I.: 1205531690