



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Estilo de vida y Conocimiento de Diabetes Mellitus de los pacientes
que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Apaza Coacalla, Lourdes América (ORCID: 0000-0001-9161-8065)

Sucle Hilario, Luz Marina (ORCID: 0000-0002-2758-9244)

ASESORA:

Mg. Tuesta Ríos, Payda (ORCID: 0000-0002-6486-4882)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

Lima - Perú

2021

Dedicatoria

A los participantes del presente estudio por su apoyo incondicional, y sobre todo por la grata experiencia en el tiempo que llevó la investigación.

Lourdes Apaza y Luz Sucle

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por permitirnos afrontar las diversas adversidades y culminar nuestra carrera

Agradecemos a nuestros formadores por su guía y conocimientos brindados.

A nuestros padres por su confianza y apoyo incondicional.

Lourdes Apaza y Luz Sucle

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	12
3.2. Variables y operacionalización	12
3.3. Población.....	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos.....	16
3.6. Métodos de análisis de datos	16
3.7. Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN.....	26
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS	36

Índice de tablas

Tabla 1. Niveles de estilo de vida.....	18
Tabla 2. Niveles de las dimensiones de estilo de vida	19
Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre diabetes	20
Tabla 4. Niveles de las dimensiones sobre el conocimiento de diabetes.....	21
Tabla 5. Análisis de normalidad de las variables.....	22
Tabla 6. Correlación entre estilo de vida y conocimiento sobre diabetes.....	23
Tabla 7. Correlación entre estilo de vida y dimensiones del conocimiento sobre diabetes.....	24
Tabla 8. Correlación entre conocimiento sobre diabetes y dimensiones del estilo de vida.....	25

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Niveles de estilo de vida.....	18
Figura 2. Nivel de conocimiento sobre diabetes.....	20

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021. Se siguió una metodología cuantitativa, se tuvo un diseño no experimental transversal y un nivel descriptivo correlacional. Asimismo, se contó con una muestra de 175 usuarios del centro de salud, a quienes se aplicaron dos cuestionarios, el cuestionario de Estilos de vida promotor de la salud de Walker, Sechrist y Pender para la variable de estilos de vida y el Diabetes Knowledge Questionnaire DKQ24 para medir la variable conocimiento de diabetes. Para el análisis de los datos se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, el cual mostro la existencia de relación directa y significativa de grado débil ($r_s=.208$; $p=.006$) entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes mellitus; adicionalmente se encontró que el 48% de los pacientes presentaba un nivel de estilo de vida saludable, el 39.4% un nivel de estilo de vida poco saludable, y solo el 12.6% presentó un nivel de estilo de vida muy saludable; de igual manera se pudo identificar que el 53.7% de los pacientes tenía conocimientos adecuados, mientras que el 46.3% tenía conocimientos inadecuados sobre diabetes mellitus

Palabras clave: Estilo de vida, Diabetes, mellitus.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between lifestyle and knowledge of diabetes mellitus in patients attending the Mariano Melgar Health Center, Arequipa - 2021. A quantitative methodology was followed, a non-experimental cross-sectional design and a descriptive correlational level. Likewise, there was a sample of 175 users of the health center, to whom two questionnaires were applied, the Walker, Sechrist and Pender Health-promoting Lifestyles questionnaire for the lifestyle variable and the Diabetes Knowledge Questionnaire DKQ24 to measure the diabetes knowledge variable. For data analysis, the Spearman correlation coefficient was used, which showed the existence of a direct and significant relationship of a weak degree ($r_s=.208$; $p=.006$) between lifestyle and knowledge of diabetes mellitus ; additionally, it was found that 48% of the patients had a healthy lifestyle, 39.4% had an unhealthy lifestyle, and only 12.6% had a very healthy lifestyle; Similarly, it was possible to identify that 53.7% of the patients had adequate knowledge, while 46.3% had inadequate knowledge about diabetes mellitus.

Keywords: Lifestyle, Diabetes, mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

Según el informe mundial sobre la diabetes mellitus, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, se calculaba que en el año 2014 la población que padecía de diabetes era de 422 millones de personas. Desde ese año, la prevalencia mundial de diabetes mellitus casi se ha duplicado, pasando del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Estas cifras resultan alarmantes si las comparamos a las correspondientes en el año 1980, en el que 108 millones de personas sufrían de esta enfermedad. Asimismo, en el año 2016, la diabetes mellitus fue la séptima causa de muerte, cobrando la vida de aproximadamente 1,6 millones de personas de las cuales, las más afectadas fueron aquellas de bajos recursos.¹

En el continente americano, el número de personas con diabetes mellitus llegó a ascender a 62 millones, número que se ha triplicado desde el año 1980, pronosticándose que para el año 2040 la cifra se incrementaría a un total de 109 millones de individuos.² Se señala también que América Latina y el Caribe presentaron los porcentajes más elevados de diabetes en el mundo, estimándose un crecimiento de 40 millones para el 2030.³

En el Perú, durante el año 2020 se registraron 3,9 casos de diabetes mellitus por cada 100 individuos mayores de 15 años, cifra que en el año anterior fue menor en un 0,3%. (4) De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2019 la población mayor a los 15 años con diagnóstico de diabetes representaba el 3,9% de los cuales, las mujeres fueron las más afectadas (4,3%) en comparación de los hombres (3,4%). En cuanto a la distribución geográfica, Lima Metropolitana fue el lugar más afectado (5,1%), precedido del resto de la costa (4,1%), selva (3,4%) y sierra (1,9%).⁵

En cuanto a Arequipa, de acuerdo a un informe del Ministerio de Salud, la cantidad de diagnósticos con diabetes fueron de 364 en el año 2017, 374 en 2018 y 353 en 2019.⁶

Asimismo, algunos de los aspectos que se deben resaltar entre los principales factores de riesgo que ocasionan el padecimiento de la diabetes en el Perú, se encuentran el consumo de cigarrillos, la baja ingesta de frutas y verduras, la obesidad y el consumo desmesurado de alcohol.⁵ Estos factores se encuentran

muy relacionados con los estilos de vida de las personas por lo que ejercer un cambio en este aspecto podría disminuir la tendencia a padecer de diabetes mellitus.

Es por ello que en este estudio se investigó la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes, tomando como unidad investigativa a pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa. Dicha población fue elegida teniendo en cuenta que, en Arequipa, como se mencionó anteriormente, existe una buena proporción de personas que padecen de diabetes mellitus, más esta información no es actual, por lo que se cree que existe cierto vacío de información respecto con la enfermedad y su incidencia en el distrito de Mariano Melgar.

Ante ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y conocimiento de la diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa-2021?

Asimismo, es importante resaltar que el desarrollo de esta investigación se justificó en tres aspectos:

Fue de relevancia práctica, pues se estudió la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar en la ciudad de Arequipa. Además, obtenidos los resultados, estos fueron puestos al alcance de la institución evaluada, lo cual permitirá viabilizar a que se implementen estrategias concretas y de prevención mejorando las condiciones de vida de sus usuarios y logrando que estos perciban un servicio de calidad.

Fue de relevancia teórica, puesto que los resultados obtenidos aportaron información acerca de la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes de los pacientes atendidos en este sector poblacional. Datos que pueden ser utilizados con fines educativos y prácticos por estudiantes y profesionales de la salud en general, así también representa un antecedente o base para futuras investigaciones.

El estudio también presentó relevancia social, ya que se investigó una problemática actual que afecta a una gran parte de la población. Conocimiento que estando a disposición de las autoridades pertinentes, permite viabilizar una intervención

oportuna sobre los factores que afectan el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus, de manera que pueda ser corregida o mejorada.

Asimismo, el desarrollo de la investigación resultó viable, pues se contó con los instrumentos de evaluación y con el acceso a la población requerida. De igual forma, se tuvo el presupuesto, tiempo, recursos y conocimientos metodológicos necesarios.

Por otra parte, en cuanto al objetivo principal, este consistió en determinar la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

Se tuvo también los siguientes Objetivos Específicos:

Describir el estilo de vida de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

Identificar el conocimiento de diabetes mellitus en los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

Finalmente, se planteó como hipótesis el siguiente enunciado:

El estilo de vida se relaciona directa y significativamente con el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

II. MARCO TEÓRICO

El estudio de la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes ha sido abarcado en diversos ámbitos, en tal sentido, podemos destacar los siguientes antecedentes nacionales:

En Lima en el año 2018 Soto⁷ desarrolló un estudio denominado “Relación entre el grado de conocimiento sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes con pie diabético en la clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2018” el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el grado de conocimiento sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes con pie diabético en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2018. El estudio fue de tipo básico, tuvo un diseño no experimental transversal y un nivel correlacional. Asimismo, contó con una muestra de 50 pacientes a quienes se aplicó un cuestionario de 15 ítems para la variable de nivel de conocimiento y un cuestionario de 30 ítems para la variable de hábitos saludables. En los resultados se halló que el 70% de la muestra mantenía hábitos adecuados, el 90% tenía un conocimiento regular sobre su enfermedad y el 74% un nivel alto. Finalmente, se halló una relación significativa entre las variables.

También podemos encontrar el estudio llevado a cabo en Callao en el año 2018 por Contreras y Munarriz⁸ denominado “Estilos de vida y conocimiento sobre diabetes mellitus de los usuarios que acuden al servicio de emergencia del hospital Cesar Demarini Caro, La Merced - 2017” el cual tuvo como propósito determinar la relación de los estilos de vida y conocimiento sobre diabetes mellitus de los usuarios que acuden al servicio de Emergencia del Hospital “César Demarini Caro” – La Merced. Dicha investigación tuvo un enfoque cuantitativo y nivel descriptivo – correlacional. Asimismo, contó con una muestra de 55 individuos a quienes se aplicó dos cuestionarios, uno constituido por 18 ítems para la variable de conocimientos de la enfermedad y otro de 12 ítems para evaluar los estilos de vida. De acuerdo a los resultados, se concluyó que existía una relación entre los estilos de vida y un nivel de conocimiento bueno sobre diabetes en el 40% de los evaluados ($X^2=11,808$; $p=0,003 < 0,05$).

Por último, mencionaremos la investigación de Pariona⁹ desarrollada en el año 2017 en Lima bajo la denominación de “Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL – 2017”. El mencionado estudio tuvo como objetivo general el determinar el grado de relación entre el conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL. La investigación fue de tipo básica, tuvo un diseño no experimental transversal y un alcance correlacional. Asimismo, se trabajó con el total de la población siendo esta de 61 individuos. Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios uno para medir el conocimiento de la diabetes y el otro para evaluar los estilos de vida. En los resultados se encontró que existía una relación directa y significativa entre las variables estudiadas presentando un coeficiente de 0.646** y una significación de 0,000. Finalmente, se concluyó que a mayor conocimiento de diabetes mellitus se dará una mejora de los estilos de vida.

Por otra parte, a nivel internacional podemos resaltar los siguientes estudios:

En México, en el año 2018 los autores Rico, Juarez, Sanchez, y Muñoz¹⁰ desarrollaron un trabajo de investigación denominado “Nivel de Conocimientos Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”, el cual tuvo como objetivo principal evaluar el nivel de conocimiento, estilos de vida, nivel de hemoglobina glicada, patologías agregadas a la DM2 y tipo de tratamiento en los pacientes con DM2 del Centro de Salud Lomas de Casa Blanca. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental transversal y un alcance descriptivo correlacional. Asimismo, contó con una muestra de 106 individuos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Los instrumentos utilizados fueron dos: el Perfil Promotor de la Salud II para evaluar los estilos de vida y el Diabetes Knowledge Questionnaire 24 para medir los conocimientos sobre diabetes. En los resultados se encontró que tanto el conocimiento como el perfil promotor de salud presentaban un nivel regular en ambos sexos, además los individuos con diabetes mellitus tipo 2 presentaron hemoglobina glicosilada $\bar{x} = 8.96$ y aquellos con comorbilidades tenían hemoglobina glicosilada $\bar{x} = 7.55$. finalmente, se halló que la hemoglobina glicosilada se relacionaba con el perfil de salud $r = .271$ mas no con el nivel de conocimiento.

Otra investigación a nivel internacional es la de Galarza¹¹ realizada en el año 2016 en Ecuador bajo el nombre de “Estilos de vida y conocimiento de la enfermedad asociada al control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Lucha de los Pobres en el periodo marzo – octubre de 2016”. El objetivo principal del estudio fue analizar la relación entre estilos de vida y el conocimiento de la enfermedad con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Lucha de los Pobres, marzo a octubre de 2016. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental transversal; asimismo contó con una muestra de 126 individuos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios, uno denominado ECODI que permitió medir los conocimientos y otro llamado IMEVID para evaluar los estilos de vida; así también se tuvo que medir la hemoglobina glicada para el registro del control metabólico. En los resultados se obtuvo que el 42,1% de los pacientes presentaban un conocimiento insuficiente y un 44,4% tenía un control metabólico deficiente. Asimismo, se halló que la relación entre conocimiento insuficiente y el deficiente control metabólico fue del 49,88%; finalmente, se encontró que la totalidad de los evaluados presentaba un estilo de vida desfavorable.

También podemos señalar el estudio de Uiters, Rademakers, Struijs, Schuit & Baan¹² desarrollado en el año 2014 en Holanda, denominado “Relación entre la alfabetización en salud, el conocimiento de la diabetes y la conducta de autocuidado en adultos con diabetes: resultados de un estudio transversal holandés”. Dicha investigación tuvo como propósito examinar hasta qué punto la alfabetización en salud está asociada con la conducta de autocontrol en la diabetes y hasta qué punto el conocimiento sobre la diabetes es un mecanismo de esta asociación. El estudio tuvo un diseño no experimental transversal y se basó en datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes los cuales sumaron un total de 1714 individuos con una edad media de 67 años. En los resultados se halló que la menor alfabetización en salud se relaciona con un menor nivel de conocimiento sobre la diabetes, un mayor nivel de HbA1c menos autocontrol del nivel de glucosa y menos actividad física. Asimismo, se encontró que los participantes con más conocimientos sobre diabetes tenían menos probabilidades de fumar y más probabilidades de controlar los niveles de glucosa.

Luego de revisar los antecedentes y la literatura en general podemos dar cuenta de que el conocimiento de la diabetes de tipo II es la que más se ha estudiado en relación a los estilos de vida; asimismo, en la mayoría de investigaciones se pone de manifiesto una relación directa y significativa entre las variables, resaltando la importancia de la educación como factor preventivo de esta y otras patologías.

En relación a lo mencionado debemos resaltar que para el presente estudio el conocimiento supone un aspecto importante por lo que nos basamos en la teoría de Moyra Allen quien es precursora del modelo McGill. Según este modelo, la profesión de la enfermera se basa en tres aspectos fundamentales: salud, colaboración familiar y aprendizaje. La salud es vista como una particularidad propia de la persona que cambia a través del tiempo, esta incluye los procesos de adaptación orientados a la obtención de una mejor calidad de vida y la consecución de objetivos personales, familiares y de salud.¹³ La enfermería desde este aspecto no solo implica el cuidado, sino que cumple un importante rol educativo y de promoción de la salud.¹⁴

Marco conceptual

A continuación, describiremos cada una de las variables estudiadas, empezando por el estilo de vida.

El estilo de vida, según la OMS corresponde a un modo de vida en relación a esquemas de comportamiento modificados por la interacción entre los aspectos personales del individuo y su contexto social, económico y ambiental.¹⁵ A nivel individual el estilo de vida (patrones de comportamiento) puede influir de manera significativa en la salud propia como la de otros.¹⁶ Dentro de los estilos de vida que influyen en la salud podemos desatacar a la dieta, ejercicio, sueño, comportamiento sexual, abuso de sustancia, abuso de medicamentos, uso de tecnologías, recreación y estudio.¹⁷ Asimismo, para mantener una adecuada salud, resulta importante que el estilo de vida sea constante por el resto de la vida del individuo y así también, el apoyo de familiares y los de entorno supone un factor de fortaleza.¹⁸

Para la presente investigación se consideró el modelo de estilo de vida promotor de la salud I de Walker, Sechrist y Pender quienes proponen que el estilo de vida abarca seis dimensiones: nutrición, ejercicio físico, responsabilidad con la salud, manejo del estrés, autoactualización y soporte interpersonal.¹⁹

Nutrición: Comprende los comportamientos de alimentación en cuanto a cantidad y calidad sana. Según la OMS, una dieta saludable resulta un factor protector contra las enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes, afecciones al corazón y afecciones respiratorias. Por lo que recomienda una ingesta calórica en proporción al gasto calórico, consumir menos del 10% de la ingesta calórica en azúcar, no exceder el consumo de 5 gramos de sal por día, ingerir al menos 400 gramos de verduras o frutas por día y no pasar del 3% de la ingesta calórica por día en consumo de grasa.²⁰

Ejercicio físico: Se refiere al mantener un estilo de vida activo, donde se dé tiempo a la recreación y practica de ejercicios. En este aspecto, el correr tiene un impacto significativo en la longevidad y prevención de enfermedades.²¹

Según la OMS, la actividad física supone ventajas como: beneficios a la salud, el corazón y la mente, previene enfermedades no transmisibles, disminuye la sintomatología de la depresión y ansiedad, viabiliza el desarrollo saludable, mejora las facultades cognitivas y el estado de bienestar en general.²²

Responsabilidad con la salud: Se refiere al uso correcto y pertinente de los servicios de salud, e incluye la indagación en fuentes de información, autoobservación y manejo de factores de riesgo. Una variable muy relacionada con este aspecto y la diabetes es el nivel de autoeficacia ya que viabiliza un mejor autocuidado, incluso a pesar de la presencia de depresión y angustia por la enfermedad padecida.²³

Manejo del estrés: comprende las actitudes autorregulatorias, de reflexión, descanso y el ser conscientes de las causas de estrés. Una persona estresada puede manifestar dificultades de concentración, facilidad de enfado, inquietud, dificultades para dormir, tristeza, preocupación, llanto, fatiga e incluso alteraciones en el apetito.²⁴

Autoactualización: Hace referencia a un estado adecuado de autoestima, satisfacción consigo mismo y con la vida. La autoestima es un constructo que implica la magnitud de las asociaciones positivas o negativas con el yo.²⁵

Soporte interpersonal: Hace referencia a las relaciones íntimas, familiares y amicales que mantiene el individuo con las que puede interactuar libremente y

expresar sus emociones. Las relaciones sociales y el apoyo que estas implican influyen en el estado de salud y en el comportamiento saludable.²⁶

Diabetes

La Diabetes Mellitus, puede ser definida como una enfermedad originada por una alteración de la asimilación de los carbohidratos.²⁷ Se caracteriza por la presencia de hiperglucemia crónica producto de fallas en la secreción de insulina.²⁸ lo cual provoca un mal funcionamiento y fallo de diversos órganos como los vasos sanguíneos, riñones, ojos, entre otros.²⁹

Según la OMS, se pueden distinguir distintos tipos de diabetes, pudiendo clasificarse en diabetes de tipo 1, diabetes de tipo 2, formas híbridas, otras formas específicas, diabetes no clasificadas y diabetes gestacional.³⁰

Diabetes de tipo 1. Se identifica por la ausencia de insulina como producto de la pérdida de células β pancreáticas lo cual conduce a la hiperglucemia; asimismo, se señala que este tipo de diabetes no se puede prevenir ni revertir ya que se origina por un ataque del propio sistema inmunitario.³¹ Suele darse en niños siendo la cetoacidosis una de las primeras expresiones de esta afección, también se puede experimentar hiperglucemia el cual cambia rápidamente a una hiperglucemia severa y/o cetoacidosis en presencia de infección u otra afectación.³⁰

Diabetes de tipo 2. Se dan cuando la producción de insulina es insuficiente; asimismo se encuentra muy relacionada a los malos hábitos por lo que es prevenible, más no tiene cura.³² Según las estadísticas este tipo de diabetes sería el más frecuente ya que abarca casi el 90% de todos los diagnósticos.³³ Gran parte de los individuos que presentan esta afección no requieren de tratamiento con insulina para poder sobrevivir, pero pueden requerirlo para disminuir el nivel de glucosa en la sangre; dentro de las afecciones de mayor riesgo que pueden padecer se tienen las complicaciones macrovasculares y microvasculares; sin embargo, a menudo permanece sin diagnosticar ya que la hiperglucemia no es lo bastante grave como para provocar síntomas notables.³⁰

Formas híbridas de diabetes. Los intentos de tener una clasificación clara de la diabetes tipo 1 y la diabetes de tipo 2 dio origen a otras categorías y nomenclaturas. En este grupo podemos encontrar la “Diabetes Mediada por el Sistema Inmunitario”

la cual se caracteriza debido a que su evolución es lenta y por la presencia de autoanticuerpos pancreáticos que pueden reaccionar con antígenos plasmáticos inespecíficos en las células de los islotes, descarboxilasa del ácido glutámico (GAD), proteína tirosina fosfatasa IA-2, insulina o ZnT8. Los individuos que presentan este tipo de diabetes en un inicio no requieren de tratamiento con insulina, y son controlados mediante modificaciones en su estilo de vida, pero en el transcurso del tiempo logran requerir de insulina incluso de más pronto que las personas con diabetes tipo 2.³⁰ A esta clasificación también pertenece la “diabetes de tipo 2 propensa a la cetosis”, las personas que la padecen usualmente experimentan cetosis y una severa deficiencia de insulina más con el transcurso del tiempo entran en remisión y el tratamiento insulínico ya no es requerido.³⁰

Otros tipos específicos de diabetes. En este grupo encontramos a la diabetes monogénica. los defectos monogénicos de la función de las células β , los efectos monogénicos de la acción de la insulina, las enfermedades del páncreas exocrino y los desórdenes endocrinos.³⁰

Diabetes no clasificada. Esta clasificación es temporal y agrupa a los tipos de diabetes que aún no se han reconocido del todo, lo cual suele ser común debido a las dificultades que se tienen para diagnosticar esta enfermedad y a que en el presente se atraviesa por un aumento significativo de la obesidad a nivel mundial lo que ha dado lugar a un diagnóstico más frecuente de diabetes de tipo 2 en niños y adolescentes e incluso en el presente esta población es más propensa al sobrepeso que en el pasado e incluso la cetosis no es una característica única a la diabetes de tipo 1.³⁰

Diabetes gestacional. Se tienen dos categorías cuando se identifica por primera vez en el transcurso del embarazo, una es la diabetes mellitus que es la misma que se detecta en todas las personas y, el otro es la diabetes gestacional definida por puntos de corte de glucosa más bajo que el de los que presentan diabetes.³⁰

Si bien no existe un consenso sobre las medidas para el diagnóstico clínico, la Asociación Americana de Diabetes recomienda considerar los siguientes criterios: presencia de hemoglobinopatías, presencia de glucemia plasmática 2 horas después de un test de sobrecarga oral a la glucosa y glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl^b.³⁴

En cuanto al tratamiento, para la diabetes tipo 1 se administra insulina de manera exógena para así contrarrestar la concentración de glucosa sanguínea; en cambio para las diabetes de tipo 2 el tratamiento consiste en brindar educación al paciente, un tratamiento nutricional, actividad física y fármacos.³⁵

Entre otras terapias usadas para tratar la diabetes se tiene: la insulino terapia convencional, insulino terapias intensivas y antidiabéticas orales.³⁶

Asimismo, se recomienda, que los alimentos incluyan hidratos de carbono (50% del total de calorías), grasas (del 25% al 30% sin exceder el 7% de grasas saturadas) y proteínas (de 10% a 20%).³⁷

Un aspecto importante a resaltar tanto para el tratamiento como para la prevención es la educación acerca de esta enfermedad la cual se encuentra muy asociada a los estilos de vida.³⁸ En tal sentido algunos de los conocimientos básicos sobre los tratamientos farmacológicos que deberían de tener los pacientes y la familia son, por ejemplo, la preparación de la insulina, las zonas de punción, las técnicas de inyección e incluso, dietas, actividades físicas, entre otros.³⁶

En este aspecto uno de los instrumentos que evalúan el nivel de conocimiento que tiene validez en distintos países y con el que se trabaja en el presente estudio es el “Diabetic Knowledge Questionnaire 24” o DKQ-24, el cual abarca las dimensiones de Conocimientos Generales acerca de la afección, Control Glucémico y la Prevención de complicaciones.³⁹

Conocimientos generales de la enfermedad: Abarca los conocimientos que se tiene acerca de las características, fisiopatología, causas, clasificación y sobre el control metabólico.

Control glucémico: Abarca el conocimiento que se tiene sobre los aspectos que incrementan o reducen la glucemia, los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia y la significación de los valores normales.

La prevención de complicaciones: Abarca el conocimiento que se tiene de determinados riesgos y la afectación que estos suponen.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se tuvo un tipo básico. Las investigaciones de este tipo tienen la peculiaridad de solo profundizar conocimientos, siendo su aporte solo teórico, pudiendo sentar antecedentes y abrir nuevas líneas de investigación.⁴⁰

Asimismo, se siguió un diseño no experimental transversal con alcance descriptivo correlacional. Según Hernández y Mendoza⁴¹ el diseño no experimental consiste en la no manipulación alguna sobre las variables estudiadas y el carácter transversal indica que la aplicación del instrumento o evaluación de las variables se realiza en un solo momento; asimismo, el alcance descriptivo correlacional consiste en describir cada variable y determinar la relación entre estas.

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: Estilos de vida; esta variable es de carácter cuantitativo ya que se mide a través de niveles pudiendo obtener resultados entre poco saludable y muy saludable

Variable dependiente: Conocimiento de diabetes mellitus; esta variable es de carácter cuantitativo ya que se mide a través representaciones numéricas, pudiendo categorizar entre un nivel adecuado y no adecuado según la puntuación.

Operacionalización de variables (Anexo 1)

3.3. Población

La población del presente estudio estuvo conformada por los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa, quienes sumaron un total de 320 individuos por mes. Cabe resaltar que este número fue constante y no se vio afectado por la duración del desarrollo de la investigación la cual fue de 4 meses.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que asistieron al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa en el periodo del año 2021.
- Pacientes con edad mayor a los 18 años.
- Pacientes que firmaron su consentimiento de participación.

- Pacientes cuyas pruebas no presentaron omisiones, respuestas ambiguas o con más de una alternativa seleccionada.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no pertenecieron a la jurisdicción del Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa.
- Pacientes con edad menor a los 18 años.
- Pacientes que no firmaron su consentimiento de participación.
- Pacientes cuyas pruebas presentaban omisiones, respuestas ambiguas o con más de una alternativa seleccionada.

Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 175 pacientes que asistieron al Centro de Salud Mariano Melgar, para determinar esta cantidad se hizo uso de la fórmula de poblaciones finitas. La muestra estuvo conformada por 73 hombres (41.7%) y 102 mujeres (58.3%), cuyas edades oscilaban entre los 19 y 65 años, con una edad promedio de 38.3 años ($DE=10,7$).

Fórmula de poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * P * Q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

Z_{α}^2 = nivel de confianza deseado.

p = proporción de la población con la característica deseada (éxito).

q = proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

d = error máximo admisible en términos de proporción (precisión)

N = tamaño de la población.

Muestreo

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por conveniencia siguiendo los criterios de exclusión y de inclusión propuestos en el párrafo anterior. La técnica utilizada para determinar el tamaño de la muestra fue la fórmula de

poblaciones finitas, la cual se aplica cuando se tiene conocimiento de la cantidad total de la población.⁴²

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las variables de estilo de vida y conocimiento sobre diabetes fueron evaluadas mediante el uso de la técnica de encuesta. Esta técnica consiste en el empleo de un cuestionario a una determinada población, permitiendo recoger información de forma directa y estandarizada acerca de distintos aspectos.⁴³

Como instrumentos se contó con dos cuestionarios, los cuales se describen a continuación:

Estilo de vida

Se utilizó el cuestionario “estilo de vida promotor de la salud” de Walker Sechrist y Pender modificado por Tello (1993). Dicho instrumento se encuentra constituido por 48 ítems y presenta un formato de respuesta de escala Likert, los cuales evalúan 6 dimensiones relacionadas al estilo de vida de las personas: nutrición (ítems 1-6), ejercicio físico (ítems 7 -11), responsabilidad en la salud (ítems 12 - 21), manejo del estrés (ítems 22 - 27), autoactualización (ítems 28 -41) y soporte interpersonal (ítems 42-48).⁴⁴

La corrección del cuestionario se realiza otorgando un valor numérico a las respuestas de los sujetos (nunca: 1; a veces: 2; frecuentemente: 3; rutinariamente: 4), y sumando dichos valores para obtener una puntuación total, la cual se categoriza de la siguiente manera: 132-192 puntos (muy saludable), 108-131 puntos (saludable) y 48-107 puntos (poco saludable).⁴⁴

Validez y confiabilidad: Podemos resaltar dos estudios que certifican la validez y confiabilidad del instrumento. Uno de ellos corresponde al de Carmen Mamani⁴⁴ quien determinó la validez mediante juicio de expertos y consideró la confiabilidad obtenida por Pender la cual era del 95% con un margen de error del 5%. Asimismo, Palomino y Vilchez determinaron la validez haciendo uso de la prueba interitem-item total obteniendo un valor de 0.893 y la confiabilidad la trabajaron a través del coeficiente Alfa de Cronbach siendo este de 0.884.⁴⁵

Para la presente investigación se calculó la confiabilidad del instrumento por medio del método de consistencia interna, a través del coeficiente alfa de Cronbach, el

cual obtuvo un valor de 0.917, lo cual indica un buen nivel de fiabilidad. Asimismo, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento, obteniéndose valores entre 0.913. y 0.920; al analizar la correlación total de elementos corregida, solo los ítems 5 y 10 obtuvieron valores menores a 0.1, pero dado que su eliminación no alteraba significativamente la confiabilidad del instrumento, se decidió conservarlos para el análisis.

Conocimientos sobre diabetes

Se utilizó el Diabetes Knowledge Questionnaire “DKQ24” (Cuestionario de Conocimientos sobre Diabetes) el cual se encuentra constituido por 24 ítems que dan opción a marcar una de tres alternativas “Sí”, “No”, y “No sé”. El cuestionario explora tres áreas: Conocimientos generales sobre la enfermedad (ítems del 1 al 10), control glucémico (ítems del 11 al 17) y prevención de complicaciones (ítems del 18 al 24).⁴⁶

Para la calificación se otorga un punto por cada respuesta correcta y el puntaje total se consigue al sumar el puntaje de cada ítem. Para la interpretación, se considera a la puntuación de 13 como punto de corte siguiendo lo establecido por Zamora Guibert, De La Cruz, Ticse, y Málaga que plantearon que un puntaje mayor denotaría conocimientos adecuados, en tanto que puntuaciones menores a dicho punto de corte, denotarían conocimientos inadecuados.⁴⁶

Validez y confiabilidad: El instrumento fue validado para su uso en la población hispanohablante³⁹ obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.78 también cuenta con una validación intercultural ya que fue validado en México⁴⁷ y Portugal.⁴⁸ La traducción y validez a la población peruana fue determinada por Mendoza y modificada por Zamora, Guibert, De la Cruz, Ticse, y Málaga.⁴⁶

Para la presente investigación se calculó la confiabilidad del instrumento por medio del método de consistencia interna, a través del coeficiente alfa de Cronbach, el cual obtuvo un valor de 0.765, lo cual indica un nivel aceptable de confiabilidad. Asimismo, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento, obteniéndose valores entre 0.746. y 0.769; al analizar la correlación total de elementos corregida, ningún ítem obtuvo un valor menor a 0.1, por lo que en ningún caso la eliminación de algún ítem alteraba significativamente la confiabilidad del instrumento.

3.5. Procedimientos

En una etapa inicial se solicitaron los permisos correspondientes de los encargados.

Seguidamente, se contactó a la población y se explicó a cada participante acerca de la temática de la investigación, los objetivos, los beneficios y la forma de tratado de datos y resultados.

Se les brindó un consentimiento informado y con aquellos que dieron su autorización se procedió con la evaluación.

La evaluación se realizó de forma presencial, por lo que se entregó un formato de cuestionario a cada participante, se les brindó las indicaciones sobre la forma de marcado y se resolvieron las dudas correspondientes.

3.6. Métodos de análisis de datos

Se verificó que todas las pruebas hayan sido respondidas sin omisión de pregunta alguna.

Se plasmó la información de las pruebas en una base de datos haciendo uso del software Excel 2019.

Seguidamente, mediante el uso del software SPSS 25 se analizó la forma de distribución de la muestra haciendo uso de la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Se eligió la prueba estadística para corroborar la hipótesis según la normalidad hallada y se la aplicó a través del SPSS.

Por último, haciendo uso del SPSS, los datos fueron representados en gráficos, tablas y cuadros de doble entrada para su interpretación.

3.7. Aspectos éticos

Se guardaron los principios éticos manifestados por la universidad y se tuvo en cuenta lo propuesto en el código de Helsinki:

Consentimiento informado: Previo a la aplicación del instrumento se hizo entrega de un consentimiento informado donde los integrantes de la población expresaron su voluntad de participar.

Aprobación de un comité de ética: El estudio pasó por la evaluación de un comité de ética de la universidad, el cual aseguró su viabilidad.

Autonomía: Este principio consiste en el respeto por las personas, en tal sentido en el desarrollo de esta investigación se brindó un trato digno y respetuoso a cada participante, teniendo estos, la facultad de participar voluntariamente y retractarse de considerarlo necesario.

Justicia: Este principio se basa en la igualdad de oportunidades de participación, por lo que, para la selección de la muestra, todos los individuos que conformaron la población, tuvieron las mismas oportunidades de participar, según los criterios establecidos.

Beneficencia: Se determinó la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes mellitus con el cual los participantes se vieron beneficiados ya que mediante la información obtenida fueron sensibilizados y obtuvieron mayor conocimiento acerca de su afección.

IV. RESULTADOS

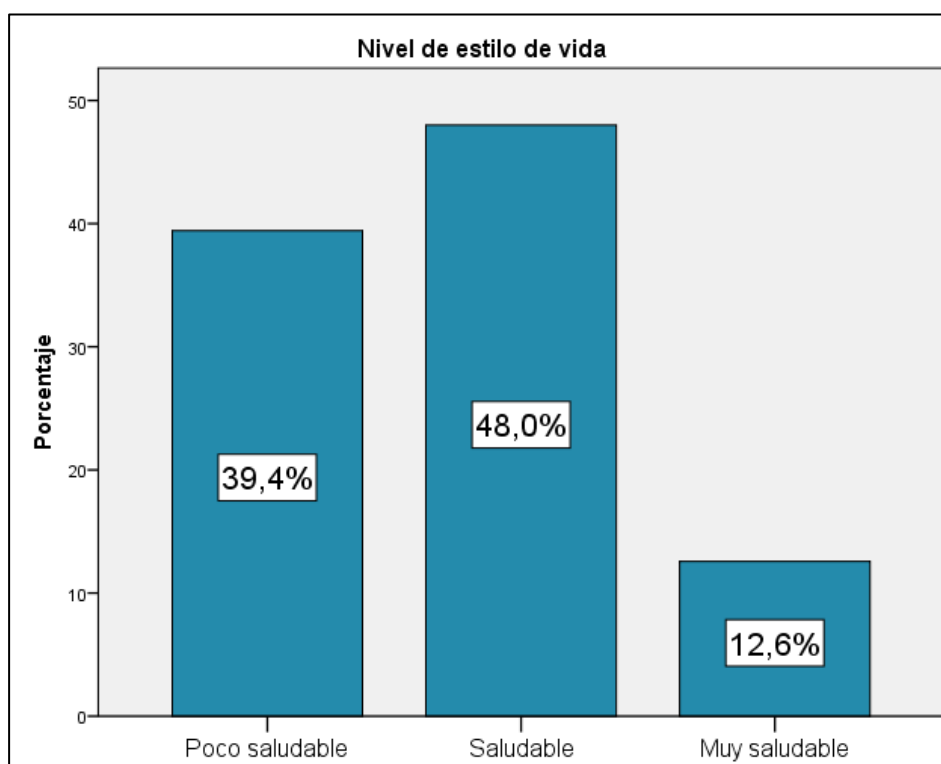
Tabla 1

Niveles de estilo de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Poco saludable	69	39,4
Saludable	84	48,0
Muy saludable	22	12,6
Total	175	100,0

Figura 1

Niveles de estilo de vida



La tabla 1 y figura 1 muestra los niveles de estilos de vida de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa, 2021. Se observa que la mayor proporción de pacientes encuestados, presentan un estilo de vida saludable (48%), le sigue en proporción los pacientes que presentan un estilo de vida poco saludable (39,4%); siendo los pacientes con un estilo de vida muy saludable los que representan la menor proporción de la muestra (12,6%).

Tabla 2*Niveles de las dimensiones de estilo de vida*

	Poco saludable		Saludable		Muy saludable	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nutrición	33	18,9	112	64,0	30	17,1
Ejercicio físico	151	86,3	23	13,1	1	0,6
Responsabilidad en la salud	80	45,7	81	52,0	4	2,3
Manejo del estrés	105	60,0	64	36,6	6	3,4
Autoactualización	24	13,7	107	61,1	44	25,1
Soporte interpersonal	24	13,7	129	73,7	22	12,6

La tabla 2 muestra los niveles de las dimensiones del estilo de vida de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa, 2021. Se observa que con respecto a la dimensión «Nutrición» la mayoría presentó niveles saludables (64%); respecto a la dimensión «Ejercicio físico», la mayoría presentó niveles poco saludables (86.3%); respecto a la dimensión «Responsabilidad en la salud», la mayoría presento niveles saludables (52%); respecto a la dimensión «Manejo del estrés», la mayoría presento niveles poco saludables (60%); respecto a la dimensión «Autoactualización», la mayoría presento niveles saludables (61.1%) y respecto a la dimensión «Soporte emocional», la mayoría también presento niveles saludables (73,7%).

Algunos datos que es importante resaltar es que en las dimensiones de «Ejercicio físico», Manejo del estrés» y «Responsabilidad en la salud», fueron donde se encontró una mayor proporción de pacientes con niveles poco saludables y una proporción bastante menor de niveles muy saludables.

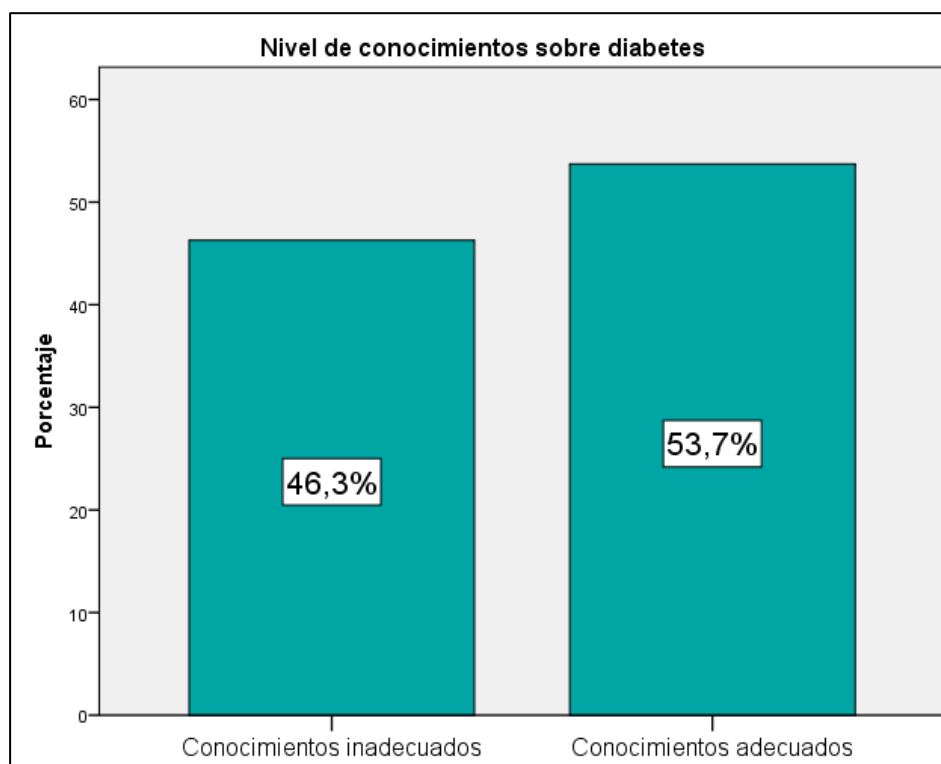
Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre diabetes

	Frecuencia	Porcentaje
Conocimientos inadecuados	81	46,3
Conocimientos adecuados	94	53,7
Total	175	100,0

Figura 2

Nivel de conocimiento sobre diabetes



La tabla 3 y figura 2 muestran el nivel de conocimientos sobre diabetes de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa, 2021. Se observa que el 53,7% de los pacientes encuestados posee conocimientos adecuados sobre la diabetes, mientras que el 46,3% restante posee conocimientos inadecuados sobre dicha enfermedad.

Tabla 4*Niveles de las dimensiones sobre el conocimiento de diabetes*

	Conocimientos inadecuados		Conocimientos adecuados	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Características generales	68	38,9	107	61,1
Control glucémico	126	72,0	49	28,0
Prevención de complicaciones	61	34,9	114	65,1

La tabla 4 muestra los niveles de las dimensiones sobre el conocimiento de diabetes de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar de Arequipa, 2021. Se observa que con respecto a la dimensión de conocimiento sobre «Características generales de la enfermedad» la mayoría presentó conocimientos adecuados (61,1%); respecto a la dimensión de conocimiento sobre «control glucémico», la mayoría presentó conocimientos inadecuados (72%); y respecto a la dimensión «Prevención de complicaciones», la mayoría también presentó conocimientos adecuados (65,1%).

Resalta que la mayor proporción de pacientes encuestados presentó conocimientos adecuados sobre la diabetes en cuanto a las características generales de la enfermedad y la prevención de complicaciones; sin embargo, se encontró que la gran mayoría de los mismos presentó conocimientos inadecuados respecto a cómo controlar el nivel de glucemia.

Tabla 5*Análisis de normalidad de las variables*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estilo de vida	,053	175	,200*	,990	175	,228
Nutrición	,154	175	,000	,968	175	,000
Ejercicio físico	,143	175	,000	,920	175	,000
Responsabilidad en la salud	,071	175	,031	,987	175	,107
Manejo del estrés	,146	175	,000	,960	175	,000
Autoactualización	,108	175	,000	,969	175	,001
Soporte interpersonal	,146	175	,000	,944	175	,000
Conocimiento sobre diabetes	,104	175	,000	,981	175	,020
Características generales	,158	175	,000	,951	175	,000
Control glucémico	,159	175	,000	,928	175	,000
Prevención de complicaciones	,175	175	,000	,946	175	,000

La tabla 5 muestra los resultados de la prueba Kolmogorov-smirnov, para determinar si las variables y sus dimensiones poseen distribución normal o no; este análisis tiene como propósito determinar si se debe emplear una prueba paramétrica o no paramétrica para la corroboración de hipótesis y el análisis de relación entre las variables.

Como se aprecia, la puntuación total de estilo de vida presenta un valor de significancia de 0.200; menor al 0.05, lo cual indica que esta variable sigue una distribución normal; pero en todas sus dimensiones el nivel de significancia es menor al 0.05, lo cual indica que estas no siguen una distribución normal. Respecto a la variable conocimientos sobre diabetes, se aprecia que el nivel de significancia tanto en la puntuación total como en sus dimensiones es de 0.000, lo cual indica que no siguen una distribución normal.

Dado que solo la puntuación total de estilo de vida posee distribución normal, y al ser necesario que ambas variables se distribuyan normalmente para poder aplicar una prueba paramétrica, es que se empleará la prueba no paramétrica Rho de Spearman para analizar el grado de asociación entre las variables y sus dimensiones.

Comprobación de hipótesis

Hipótesis a contrastar:

H₁: El estilo de vida se relaciona directa y significativamente con el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

H₀: El estilo de vida no se relaciona directa y significativamente con el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.

Nivel de significancia:

p = 0.05

Regla de decisión:

Si p < .05, H₁ se acepta y H₀ se rechaza; Si p > .05, H₀ se acepta y H₁ se rechaza

Prueba estadística:

Tabla 6

Correlación entre estilo de vida y conocimiento sobre diabetes

			Estilo de vida	Conocimiento sobre diabetes
Rho de Spearman	Estilo de vida	Coeficiente de correlación	1,000	,208**
		Sig. (bilateral)	.	,006
		N	175	175
	Conocimiento sobre diabetes	Coeficiente de correlación	,208**	1,000
		Sig. (bilateral)	,006	.
		N	175	175

En la tabla 6 se aprecia los resultados del coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual muestra un valor de significancia de p = 0.006, menor al 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que sostiene la existencia de relación significativa entre las variables. Asimismo, se observa que el valor del coeficiente de correlación es de 0.208 lo cual indica correlación positiva entre las variables, aunque en un grado débil.

Tabla 7*Correlación entre estilo de vida y dimensiones del conocimiento sobre diabetes*

		Estilo de vida	
Rho de Spearman	Estilo de vida	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	175
	Características generales de la enfermedad	Coefficiente de correlación	,186*
		Sig. (bilateral)	,014
		N	175
	Control glucémico	Coefficiente de correlación	,124
		Sig. (bilateral)	,102
		N	175
	Prevención de complicaciones	Coefficiente de correlación	,167*
		Sig. (bilateral)	,027
		N	175

En la tabla 7 se muestran los resultados de la prueba de correlación de Spearman, entre la variable estilo de vida y las dimensiones de la variable conocimiento sobre diabetes. Se aprecia, que la dimensión «características generales de la enfermedad» posee un nivel de significancia de 0.014; y la dimensión «prevención de complicaciones» posee un nivel de significancia de 0.027, en ambos casos, valores menores al 0.05, lo cual indica que existe relación significativa entre dichas medidas, aunque el grado de correlación es muy débil. En el caso de la dimensión de «control glucémico», el nivel de significancia es de 0.102, mayor a 0.05, lo cual indica que no existe correlación significativa con el estilo de vida.

Tabla 8*Correlación entre conocimiento sobre diabetes y dimensiones del estilo de vida*

		Conocimiento sobre diabetes	
Rho de Spearman	Conocimiento sobre diabetes	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	175
	Nutrición	Coeficiente de correlación	,077
		Sig. (bilateral)	,309
		N	175
	Ejercicio físico	Coeficiente de correlación	,083
		Sig. (bilateral)	,277
		N	175
	Responsabilidad en la salud	Coeficiente de correlación	,114
		Sig. (bilateral)	,132
		N	175
	Manejo del estrés	Coeficiente de correlación	,231**
		Sig. (bilateral)	,002
		N	175
	Autoactualización	Coeficiente de correlación	,071
		Sig. (bilateral)	,354
		N	175
	Soporte interpersonal	Coeficiente de correlación	,190*
		Sig. (bilateral)	,012
		N	175

En la tabla 8 se muestran los resultados de la prueba de correlación de Spearman, entre la variable conocimiento sobre diabetes y las dimensiones de la variable estilo de vida. Se aprecia, que la dimensión «manejo del estrés» presente un nivel de significancia es de 0.002; y la dimensión «soporte interpersonal», un nivel de significancia es de 0.012; en ambos casos, valores menores al 0.05, lo cual indica que existe relación significativa entre dichas medidas, aunque el grado de correlación es muy débil. Respecto a las demás dimensiones del estilo de vida, el nivel de significancia es mayor a 0.05, lo cual indica que no existe correlación significativa de dichas dimensiones con el conocimiento sobre diabetes.

V. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los estilos de vida y el conocimiento sobre diabetes mellitus en los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar; para este propósito se planteó como hipótesis a contrastar que el estilo de vida se relaciona directa y significativamente con el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes.

Los resultados de la investigación permitieron comprobar que existe relación significativa entre las variables, aunque en un grado débil, estos datos coinciden con los hallados por Contreras y Munarriz⁸, quienes en una muestra de 55 usuarios del servicio de Emergencia del Hospital César Demarini Caro del Callao, también encontró relación significativa entre las variables. De igual manera se obtuvieron resultados similares en el estudio desarrollado por Pariona⁹, quien en una muestra de 61 usuarios del servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL en Lima, encontró relación significativa entre el conocimiento sobre diabetes y el estilo de vida, aunque a diferencia del presente estudio, el valor del coeficiente de correlación fue mayor. En el plano internacional, una investigación con resultados similares fue desarrollada por Rico, Juarez, Sánchez, y Muñoz¹⁰, quienes en una muestra de 106 mexicanos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, encontraron relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre diabetes y el estilo de vida; adicionalmente este estudio encontró relación significativa entre los valores de la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) con el estilo de vida, mas no con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad. Los resultados de estos estudios coinciden con los hallados en la presente investigación, sin embargo, algunos estudios muestran resultados opuestos, como el desarrollado por Galarza¹¹, quien en una muestra de 126 ecuatorianos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, no pudo encontrar relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y el control metabólico.

Otro estudio similar, desarrollado por Uiters, Rademakers, Struijs, Schuit & Baan¹² en Holanda, donde recogieron los datos de las historias clínicas de 1714 pacientes, encontraron que una menor alfabetización en salud se asociaba significativamente con un menor conocimiento de la diabetes, un nivel más alto de HbA1c, menor

autocontrol del nivel de glucosa, y menos actividad física. En nuestra localidad, la investigación de Soto⁷, quien, en una muestra de 50 pacientes con pie diabético, encontró relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y las prácticas de autocuidado del paciente. Si bien estas dos últimas investigaciones no relacionan directamente el conocimiento sobre diabetes mellitus con el estilo de vida del sujeto, sí brindan información importante respecto de la influencia que el conocer sobre la enfermedad o el cuidado de la salud en general, tienen sobre comportamientos de autocuidado. Todos estos datos permiten inferir que un adecuado estilo de vida se asociaría a mayor conocimientos sobre diabetes, o viceversa, ya sea debido a que el conocer sobre la enfermedad sirve como estímulo para mejorar los hábitos de vida con la finalidad de evitarla, o porque parte de un adecuado estilo de vida implica mantenerse informado sobre aspectos relacionados a la salud, en donde un tema como la diabetes surgiría de forma inevitable, al ser una de las enfermedades que más aqueja a la población en la actualidad. Sin embargo, considerando que el valor del coeficiente de correlación es bajo, se puede inferir que hay otros factores que inciden en el estilo de vida del sujeto y su conocimiento sobre diabetes.

Respecto a los objetivos específicos del estudio, se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados presentaba un nivel estilo de vida saludable o muy saludable (60.6%), aunque una importante proporción de la muestra (39.4%) presentaba un nivel de estilo de vida poco saludable. Para un mejor análisis de estos resultados es necesario analizar los niveles por dimensiones de la variable, y en este sentido se encuentra que en las dimensiones de nutrición, autoactualización y soporte interpersonal, una clara mayoría de los pacientes encuestados presenta niveles saludables o muy saludables, siendo poca la proporción de pacientes con un estilo de vida poco saludable respecto a estas dimensiones (menos del 20%); estos datos sugieren que los pacientes dan una debida importancia a tratar de comer mejor, así como a procesos relacionados a la satisfacción personal y las relaciones con otras personas. Sin embargo, en cuando a las dimensiones sobre práctica de ejercicio físico y manejo del estrés, la mayoría obtuvo niveles poco saludables, 86.3% y 60% respectivamente. En cuanto a la dimensión sobre responsabilidad en la salud, si bien la mayoría de los pacientes presenta niveles saludables o muy saludables (52% y 2.3% respectivamente), una importante

proporción de ellos (45.7%) presente niveles poco saludables; estos datos indican que los pacientes encuestados no otorgan la debida importancia a actividades como mantener un estilo de vida activo, la práctica de ejercicio o el uso de servicios de salud, incluyendo la búsqueda de información para el cuidado de la misma; asimismo se puede inferir que presentan dificultades para gestionar el estrés al cual están sometidos.

Respecto al conocimiento sobre diabetes, se ha encontrado que el 53.7% de los pacientes encuestados presentaba conocimientos adecuados sobre la enfermedad, proporción que, si bien representa la mayoría de la muestra, no impide ver que un importante porcentaje de la misma (46.3%) posee conocimientos inadecuados sobre tal enfermedad. Al analizar sus dimensiones se puede observar que la mayoría presentaba conocimientos adecuados respecto a las características generales de la enfermedad y la prevención de complicaciones, aunque igualmente la mayoría presentaba conocimientos inadecuados sobre el control glucémico; estos datos indican que los pacientes tienen mayor información sobre las características y causas de la diabetes, y los riesgos y afectaciones que puede ocasionar la enfermedad; sin embargo, sus conocimientos son mas limitados en cuando a los aspectos que incrementan o reducen la glucemia, los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia y la significación de los valores normales.; estos resultados pueden explicarse si consideramos que la muestra no está conformada específicamente por pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, lo cual, quizás ocasiona que sus conocimiento sobre la enfermedad sea un poco más general.

Finalmente, al analizar las correlaciones entre una variable y las dimensiones de la otra, se observa, que el caso del conocimiento sobre características generales de la enfermedad y prevención de complicaciones, estas correlacionan significativamente con el nivel de estilo de vida, aunque el grado de dichas correlaciones es muy bajo como para tratar de hacer inferencias interpretativas; de igual manera acontece con las dimensiones del estilo de vida donde solo se encontró correlación significativa con el conocimiento sobre diabetes respecto a la dimensión manejo del estrés y soporte interpersonal.

VI. CONCLUSIONES

1. Se encontró relación directa y significativa de grado débil ($r_s=.208$; $p=.006$) entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021.
2. Se logró identificar que el 48% de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar presentaba un nivel de estilo de vida saludable, el 39.4% presentaba un nivel de estilo de vida poco saludable, y el 12.6% presentó un nivel de estilo de vida muy saludable.
3. Se logro identificar que el 53.7% de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar tenía conocimientos adecuados sobre diabetes mellitus, mientras que el 46.3% restante, tenía conocimientos inadecuados sobre la enfermedad.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere para futuras investigaciones analizar las particularidades del estilo de vida, en relación con la presencia o no de la enfermedad de diabetes mellitus, a fin de identificar las condiciones de vida que más se asocian al padecimiento de la enfermedad.
2. Se recomienda a las autoridades del Centro de Salud Mariano Melgar, realizar campañas para la promoción de estilos de vida saludable, particularmente en aspectos referidos a la práctica de ejercicio físico, acciones de responsabilidad sobre la salud y manejo del estrés.
3. Se recomienda a las autoridades del Centro de Salud Mariano Melgar realizar campañas de información sobre la diabetes mellitus, haciendo hincapié en aspectos relacionados al control de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 23. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diabetes>.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 23. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
3. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. [Online].; 2012 [cited 2021 febrero 23. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453:2012-diabetes-shows-upward-trend-americas&Itemid=1926&lang=es.
4. Minsiterio de Salud. Minsa: Cuatro de cada cien peruanos mayores de 15 años padecen diabetes en el Perú. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 23. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/314367-minsa-cuatro-de-cada-cien-peruanos-mayores-de-15-anos-padecen-diabetes-en-el-peru>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No transmisibles y Transmisibles, 2019. Informe Técnico. Lima: INEI; 2020.
6. Revilla L. Situación de la Vigilancia de Diabetes en el Perú, año 2019. Informe Técnico. Ministerio de Salud; 2016.
7. Soto M. Relación entre el grado de conocimiento sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado en pacientes con pie diabético en la clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2018. Revista Peruana de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud. 2019; 1(1): p. 2-6.
8. Contreras W, Munarriz O. Estilos de vida y conocimiento sobre diabetes mellitus de los usuarios que acuden al servicio de emergencia del hospital Cesar Demarini Caro, La Merced - 2017. [Tesis de segunda especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2018.

9. Pariona Rojas S. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital unicipal SJL 2017. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017.
- 10 Rico R, Juarez A, Sanchez M, Muñoz L. Nivel de conocimientos, estilos de vida y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Ene. 2018 noviembre; 12(1).
- 11 Galarza V, Ruiz V. Estilos de vida y conocimiento de la enfermedad asociados al control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Lucha de los pobres en el periodo de marzo - octubre de 2016. [Tesis de licenciatura] Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
- 12 Heide I, Uiters E, Rademakers J, Struijs J, Schuit J, Baan C. Associations Among Health Literacy, Diabetes Knowledge, and Self-Management Behavior in Adults with Diabetes: Results of a Dutch Cross-Sectional Study. *Journal of Health Communication*. 2014 octubre; 19(2): p. 115-131.
- 13 Thorne S. Theoretical Issues in Nursing. In Ross J, Wood M. *Canadian Nursing. Issues & perspectives*. Canada: Elsevier Mosby; 2011. p. 85-104.
- 14 Elçin N, Kutlu Y. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions in Reducing the Care Burden of Family Members Caring for the Elderly in Turkey: A Randomized Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017 abril; 31(2): p. 183-189.
- 15 Benassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis doctoral] Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears; 2012.
- 16 Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. *EDUCERE. La Revista Venezolana de Educación*. 2010; 14(48): p. 13-19.
- 17 Farhud D. Impact of Lifestyle on Health. *Iranian Journal of Public Health*. 2015 noviembre; 44(11): p. 1424-1444.

- 18 Piepoli M, Villani G. Lifestyle modification in secondary prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017; 24(3): p. 101-107.
- 19 Cuadros G, Quispe T. Estilo de vida y estrés académico en estudiantes de primero a cuarto de año de la facultad de enfermería. UNSA, Arequipa 2014. [Tesis de licenciatura] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014.
- 20 World Health Organization. Healthy diet. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
- 21 Lee, Duck; Brellenthina, Angelique; Thompson, Paul; Sui, Xuemei; Lee, Min; Laviee, Carl. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2017 agosto; 60(1): p. 45-55.
- 22 Organización Mundial de la Salud. Actividad Física. [Online].; 2020 [cited 2021 febrero 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- 23 Devarajoo C, Karuthan C. Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. *PLoS ONE*. 2017; 12(3).
- 24 Organización Mundial de la Salud. En tiempos de estrés has lo que te importa: una guía ilustrada: OMS; 2020.
- 25 Helwig N, Ruprecht M. Age, Gender, and Self-Esteem: A Sociocultural Look Through a Nonparametric Lens. *Archives of Scientific Psychology*. 2017; 5: p. 19-31.
- 26 Stahl T, Rütten A, Nutbeam D, Bauman A, Kannas L, Abel T, et al. The importance of the social environment for physically active lifestyle - results from an international study. *Social Science & Medicine*. 2001;(1): p. 1-10.
- 27 Gómez G, Cruz A, Zapata R, Morales F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en Tabasco*. 2015; 21(1): p. 17-25.
- 28 Kharroubi A, Darwish H. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World Journal of Diabetes*. 2015 Junio; 6(6): p. 850-867.

- 29 Kumar A, Agrawal P. Classification of Diabetes Mellitus Using Machine Learning Techniques. *International Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2015 mayo; 2(5).
- 30 World Health Organization. Classification of diabetes mellitus. Ginebra.; 2019.
- 31 Katsarou A, Sopla G, Rawshani A, Dabelea D, Bonifacio E, Anderson B, et al. Type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017 marzo; 3(17016).
- 32 DeFronzo R, Ferrannini E, Groop L, Henry R, Herman W, Holst J, et al. Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015 July; 1(15019).
- 33 Clotilde G. Diabetes: concepto, clasificación y diagnóstico. In Figuerola D. Manual de educación terapéutica en diabetes. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2015.
- 34 Cano JF, Franch J. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia Barcelona: Elsevier ; 2015.
- 35 Isaías B. Diabetes, obesidad y síndrome metabólico. Un abordaje interdisciplinario México, D.F.: Manual Moderno; 2015.
- 36 Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Informe técnico. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2015.
- 37 Brito G, Perichart M, Alviride U. Plan de alimentación. In Mehta R, Almeda P. Viviendo con diabetes. Un manual práctico. México, D.F.: Editorial Alfil; 2010.
- 38 American Diabetes Association. Lifestyle Management. *Diabetes Care*. 2017 enero; 40(1).
- 39 Garcia A, Villagomez E, Brown S, Kouzekanani K, Hanis C. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*. 2001 Enero; 24(1): p. 16-21.

- 40 Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica Machala: UTMACH; 2018.
- 41 Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Santa Fe: McGraw Hill; 2018.
- 42 López P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa. 1st ed. Barcelona: UAB; 2015.
- 43 Floyd J, Fowler J. Survey Research Methods Los Ángeles: SAGE; 2013.
- 44 Mamani C. Factores laborales y estilos de vida del personal de salud del Puesto de Salud Santa María, Juliaca - 2015. [Tesis de licenciatura]. Juliaca: Universidad Peruana Union; 2015.
- 45 Palomino J, Vilchez S. Factores personales-familiares y estilo de vida promotor de salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar. Red de Salud Pacasmayo. [Tesis de licenciatura]. Chepén: Universidad Nacional de Trujillo; 2007.
- 46 Zamora C, Guibert A, De La Cruz T, Ticse R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. Acta Médica Peruana. 2019; 36(2): p. 96-103.
- 47 Carrillo L, López E, López M, Ortiz M, Ponce H, Fernández E, et al. Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross. Diabetes & Metabolism. 2015; 6(2).
- 48 Menino E. Validation of Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) in the Portuguese Population. Diabetes and Obesity International Journal. 2017; 2(1).

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Estilo de Vida	Modo de vida en relación a esquemas de comportamiento modificados por la interacción entre los aspectos personales del individuo y su contexto social, económico y ambiental. ¹⁵	Conductas o comportamientos de un individuo. Para esta variable se utilizará el cuestionario de Walker y colaboradores que constan de 48 preguntas y 6 dimensiones	Nutrición.	Comportamientos sanos de alimentación	Ordinal
			Ejercicio físico.	Estilo de vida activo	
			Responsabilidad en la salud	Uso correcto y pertinente de los servicios de salud	
			Manejo del estrés.	Comportamientos autorregulatorios	
			Autoactualización.	Estado adecuado de autoestima y satisfacción	
			Soporte interpersonal	Relaciones interpersonales saludables	
Conocimiento de Diabetes Mellitus	Conocimiento de las características de la diabetes, la cual es una enfermedad consistente	Es un trastorno crónico causado por la falta de secreción de insulina. Cuestionario traducido al	Conocimientos generales sobre la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Características • Fisiopatología • Causas • Clasificación 	Ordinal

	<p>en un conjunto de trastornos metabólicos identificados por la presencia de hiperglucemia.³⁰</p>	<p>español del Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24), consta de 24 preguntas, cuyas respuestas comprenden las alternativas “Sí”, “No”, y “No sé”, el cuestionario explora tres dimensiones.</p>	<p>Control glucémico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que aumentan o disminuyen la glucemia • Síntomas de hipo o hiperglucemia • Valores normales 	
			<p>Prevención de complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Órganos afectados • Medidas de prevención 	

Código: (.....)

fecha:/.....

Anexo 2

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Edad:

Estado Civil:

Sexo:

Título de la investigación: Estilo de vida y Conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021.

Instrucciones: A continuación, se le presentarán unas preguntas sobre los estilos de vida. Se le pide por favor responder con sinceridad a cada uno de los ítems teniendo en cuenta la siguiente significación:

Nunca = 1 A veces = 2 Frecuentemente = 3 Rutinariamente = 4

Ítems	1	2	3	4
Nutrición				
1. Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas.				
2. Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial).				
3. Comes tres comidas al día.				
4. Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores).				
5. Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (por ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas).				
6. Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas).				
Ejercicio Físico				
7. Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana.				
8. Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana.				

9. Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
10. Checas tu pulso durante el ejercicio físico.				
11. Realizas actividades físicas de recreación como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo.				
Responsabilidad en la salud				
12. Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud.				
13. Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre).				
14. Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud.				
15. Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud.				
16. Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud.				
17. Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado.				
18. Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives				
19. Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud.				
20. Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro.				
21. Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.				
Manejo del Estrés				
22. Tomas tiempo cada día para el relajamiento.				
23. Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida.				
24. Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación.				
25. Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir.				
26. Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir.				
27. Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios).				

Autoactualización				
28. Te quieres a ti misma (o).				
29. Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida.				
30. Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas.				
31. Te sientes feliz y contento(a).				
32. Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales.				
33. Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida.				
34. Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
35. Miras hacia el futuro.				
36. Eres consciente de lo que te importa en la vida.				
37. Respetas tus propios éxitos.				
38. Ves cada día como interesante y desafiante.				
39. Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida.				
40. Eres realista en las metas que te propones.				
41. Crees que tu vida tiene un propósito.				
Soporte interpersonal				
42. Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales.				
43. Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti.				
44. Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción.				
45. Pasas tiempo con amigos cercanos.				
46. Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros.				
47. Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos.				
48. Te gusta dar y recibir afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos).				

¡Agradecemos su valiosa participación! 😊

Código: (.....)

fecha:/.....

Anexo 3

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE DIABETES

Edad:

Estado Civil:

Sexo:

Título de la investigación: Estilo de vida y Conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021.

Instrucciones: A continuación, se formulan algunos enunciados sobre la diabetes. Se le pide por favor responder con sinceridad a cada una de ellas.

Conocimiento sobre Diabetes Mellitus	Sí	No	No sé
Características generales de la enfermedad			
1. El comer azúcar no es causa de diabetes.			
2. La diabetes es causada por falta de insulina.			
3. La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo.			
4. Los riñones no producen la insulina.			
5. Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos.			
6. La diabetes no se cura.			
7. En un diabético, comer mucho no estimula la producción de la insulina.			
8. La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2.			
9. Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos.			
10. Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los de los demás.			
Control glucémico			
11. En el diabético sin dieta, ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta.			

12. Un valor de glucemia alto en ayunas es 210 mg/dl.			
13. La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes.			
14. El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina.			
15. Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio.			
16. No son síntomas de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío.			
17. No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia.			
Prevención de las complicaciones			
18. La diabetes causa problemas de circulación sanguínea.			
19. Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento.			
20. El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas.			
21. Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio.			
22. La diabetes puede dañar los riñones.			
23. La diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros.			
24. Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantis elásticas apretadas.			

¡Agradecemos su valiosa participación! 😊

Anexo 4.
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE DIABETES
(parrilla de calificación)

Conocimiento sobre Diabetes Mellitus	Sí	No	No sé
Características generales de la enfermedad			
1. El comer azúcar no es causa de diabetes.	X		
2. La diabetes es causada por falta de insulina.	X		
3. La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo.	X		
4. Los riñones no producen la insulina.	x		
5. Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos.	X		
6. La diabetes no se cura.	X		
7. En un diabético, comer mucho no estimula la producción de la insulina.	X		
8. La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2.	X		
9. Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos.	X		
10. Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los de los demás.	x		
Control glucémico			
11. En el diabético sin dieta, ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta.	x		
12. Un valor de glucemia alto en ayunas es 210 mg/dl.	x		
13. La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes.	x		
14. El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina.	x		
15. Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio.	x		

16. No son síntomas de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío.	x		
17. No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia.	x		
Prevención de las complicaciones			
18. La diabetes causa problemas de circulación sanguínea.	x		
19. Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento.	x		
20. El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas.	x		
21. Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio.	x		
22. La diabetes puede dañar los riñones.	x		
23. La diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros.	x		
24. Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantis elásticas apretadas.	x		

Anexo 5.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La técnica utilizada para determinar el tamaño de la muestra fue la fórmula de poblaciones finitas, la cual se aplica cuando se tiene conocimiento de la cantidad total de la población. (42)

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * P * Q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

Z_a^2 = nivel de confianza deseado.

p = proporción de la población con la característica deseada (éxito).

q = proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

d = error máximo admisible en términos de proporción (precisión)

N = tamaño de la población.

A partir de:

Nivel de confianza = 0.95

Margen de error = 0.05

Tamaño de la población = 320

Entonces se estima:

$$n = \frac{320 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (320 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 174.82$$

Por lo que la muestra estuvo conformada por un total de 175 pacientes del Centro de Salud Mariano Melgar.

Anexo 6.

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Confiabilidad del cuestionario de estilo de vida

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,917	48

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Estilo_vida_1	109,5829	224,302	,118	,919
Estilo_vida_2	110,1886	222,717	,218	,918
Estilo_vida_3	109,2229	224,611	,109	,919
Estilo_vida_4	110,4514	221,766	,269	,917
Estilo_vida_5	109,7886	227,444	,003	,920
Estilo_vida_6	110,2457	219,842	,352	,916
Estilo_vida_7	110,6971	219,247	,415	,915
Estilo_vida_8	110,8571	216,594	,506	,915
Estilo_vida_9	110,9029	217,801	,442	,915
Estilo_vida_10	110,9771	226,229	,088	,918
Estilo_vida_11	110,3714	221,787	,321	,916
Estilo_vida_12	110,1600	223,331	,271	,917
Estilo_vida_13	110,4800	220,228	,373	,916
Estilo_vida_14	110,3886	219,699	,395	,916
Estilo_vida_15	110,0229	223,367	,236	,917
Estilo_vida_16	110,4857	218,550	,407	,916
Estilo_vida_17	110,4514	223,939	,175	,918
Estilo_vida_18	110,6743	220,221	,323	,916
Estilo_vida_19	110,0571	220,916	,381	,916
Estilo_vida_20	110,3200	219,840	,438	,915
Estilo_vida_21	110,6286	222,522	,253	,917
Estilo_vida_22	110,3771	220,167	,514	,915
Estilo_vida_23	110,3314	217,981	,524	,915
Estilo_vida_24	110,4914	214,389	,540	,914
Estilo_vida_25	110,5486	216,663	,451	,915
Estilo_vida_26	110,2514	222,178	,301	,916
Estilo_vida_27	110,2857	221,125	,342	,916
Estilo_vida_28	109,5086	221,493	,327	,916
Estilo_vida_29	109,6800	217,230	,529	,914
Estilo_vida_30	109,7086	216,874	,518	,914
Estilo_vida_31	109,6914	217,088	,592	,914
Estilo_vida_32	109,8343	218,047	,481	,915
Estilo_vida_33	110,0400	211,751	,587	,913
Estilo_vida_34	109,9086	213,003	,543	,914
Estilo_vida_35	109,7600	217,195	,516	,914
Estilo_vida_36	109,7314	215,853	,592	,914

Estilo_vida_37	109,7257	217,465	,541	,914
Estilo_vida_38	109,7600	216,931	,537	,914
Estilo_vida_39	109,6571	216,709	,582	,914
Estilo_vida_40	109,7371	215,632	,602	,914
Estilo_vida_41	109,6514	216,596	,590	,914
Estilo_vida_42	110,1029	219,840	,391	,916
Estilo_vida_43	109,9257	217,759	,517	,915
Estilo_vida_44	109,8800	215,761	,578	,914
Estilo_vida_45	109,8057	215,974	,562	,914
Estilo_vida_46	109,7714	217,016	,578	,914
Estilo_vida_47	109,8171	216,392	,593	,914
Estilo_vida_48	109,7429	214,790	,680	,913

Confiabilidad del cuestionario de conocimientos sobre diabetes

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,765	24

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Diabetes_1	11,5143	18,286	,285	,758
Diabetes_2	11,5714	17,833	,381	,752
Diabetes_3	12,0057	18,098	,347	,755
Diabetes_4	11,9029	18,353	,238	,761
Diabetes_5	11,6000	18,874	,110	,769
Diabetes_6	11,5143	18,090	,339	,755
Diabetes_7	11,9543	18,078	,326	,756
Diabetes_8	11,5429	17,709	,428	,750
Diabetes_9	11,5714	17,959	,348	,754
Diabetes_10	11,5886	17,830	,375	,753
Diabetes_11	11,6971	18,626	,159	,767
Diabetes_12	11,9371	18,622	,179	,765
Diabetes_13	11,9257	18,586	,185	,764
Diabetes_14	12,0457	18,055	,388	,753
Diabetes_15	11,9200	18,063	,317	,756
Diabetes_16	11,9657	18,114	,321	,756
Diabetes_17	11,8971	17,920	,346	,755
Diabetes_18	11,7086	18,150	,272	,759
Diabetes_19	11,5200	18,906	,117	,768
Diabetes_20	11,5486	18,272	,274	,759
Diabetes_21	11,8971	18,093	,302	,757
Diabetes_22	11,5486	18,123	,314	,757
Diabetes_23	11,7029	17,463	,442	,748
Diabetes_24	11,7029	17,371	,466	,746

Anexo. 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en el presente estudio de investigación denominado **“Estilo de vida y conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021** cuyas responsables son las estudiantes **APAZA COACALLA, LOURDES AMÉRICA y SUCLE HILARIO, LUZ MARINA**, alumnas de la facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad Cesar Vallejo.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2021. Cabe resaltar que no realizará ninguna intervención sobre su persona que afecte su integridad y, en cuanto a los datos, la información será tratada con suma confiabilidad y solo con fines investigativos

Al comprender el objetivo del estudio y deseando participar, entonces se le invita a firmar esta forma de consentimiento. Asimismo, la participación en este estudio es completamente voluntaria y si algún aspecto o pregunta durante la encuesta le parece incómoda, tiene el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

Nombre:

Fecha: ____/____/____

Anexo 8.



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Callao, 06 de abril de 2021

CARTA N°008-2021/UCV-CALLAO/DG

Señor
Dr. Woodward Paja Callo
Jefe
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR
Arequipa. -



ASUNTO: Autorizar la aplicación de encuesta para la ejecución del Proyecto de Investigación de Enfermería

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo Filial Callao y en el mío propio, deseándole la continuidad y éxitos en la gestión que viene desempeñando.

A su vez, la presente tiene como objetivo solicitar su autorización, a fin de que la Bach. Lourdes América Apaza Coacalla y Bach. Luz Marina Sucle Hilario del Programa de Titulación para universidades no licenciadas, Taller de Elaboración de Tesis de la Escuela Académica Profesional de Enfermería, pueda ejecutar su investigación titulada: "**Estilo de vida y Conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021**", en la institución que pertenece a su digna Dirección; agradeceré se le brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, me despido de Usted, no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración personal.

Atentamente,



Dr. RAÚL VALENCIA MEDINA
Director General
Universidad César Vallejo Filial - Callao

cc: Archivo PTUN.

Somos la universidad de los
que quieren salir adelante.



Anexo 9.

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

SOLICITO: Permiso para aplicar instrumento de investigación – cuestionario, para proyecto de investigación.

DR. WOODWARD PAJA CALLO
JEFE DEL CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR
Presente. -



Lourdes América Apaza Coacalla identificada con D.N.I. N° 41655987 y **Luz Marina Sucle Hilario** identificada con D.N.I N° 42190085, con domicilio en la calle Sudamérica 805 – A Jerusalén distrito de Mariano Melgar, provincia y departamento de Arequipa.

Con el debido respeto me presento y expongo:

En nuestra condición de egresadas de la Escuela Profesional Académica de Enfermería cursando pregrado en la “**Universidad Cesar Vallejo – Filial Callao**”, solicito permiso para aplicar instrumento de recolección de datos, el cual consiste en DOS (02) cuestionarios; esto con la finalidad de culminar nuestro proyecto de Investigación titulado “**Estilo de vida y Conocimiento de diabetes mellitus de los pacientes que asisten al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa - 2021**”, cabe resaltar que ambos cuestionarios serán aplicados de forma presencial, a los pacientes que acudan al establecimiento de salud que usted dirige.

Por lo expuesto, solicito a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 12 de abril del 2021

Atentamente:


Lourdes América Apaza Coacalla
DNI: N° 41655987


Luz Marina Sucle Hilario
DNI: N° 42190085