**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FILIAL-CHOTA**



**TESIS**

Para optar el Título Profesional de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**Factores Sociodemográficos y Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico EsSalud - Chota, periodo enero-junio, 2016.**

**Presentado por:**

Bach. Enf. José Darwin Fernández Tarrillo

**Asesora:**

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

**Chota – Perú**

**2018**

COPYRIGHT © 2017 by

**JOSÉ DARWIN FERNÁNDEZ TARRILLO**

Todos los derechos reservados

**Fernández T. 2017. Factores Sociodemográficos y Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico Es Salud-Chota, periodo enero- junio, 2016**/José Darwin Fernández Tarrillo. 103 páginas.

Tutora: Martha Vicenta Abanto Villar

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería-UNC

iv

Factores sociodemográficos y estilos de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Centro Médico EsSalud - Chota, período Enero - Junio, 2016

AUTORA: JOSÉ DARWIN FERNÁNDEZ TARRILLO ASESORA: MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado en

Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

SQUEZ

··~~rr"M""'·......~ YUPANQUI VÁ IDENTA



LIC. ENF. DELIA MER DES SALCEDO VÁSQUEZ SE RETARIA



VOCAL Chota 2018, Perú

**A:**

**A mi esposa y a mis hijos** por ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A Dios, por guiarme por el camino y el sendero del bien, por darme fortaleza y fuerzas en todos los momentos de mi vida.

A mis padres **José y Lucinda**, quienes han sabido inculcarme buenos sentimientos, hábitos y valores.

A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Filial Chota, por todas sus enseñanzas las que me ayudaran en el desempeño profesional.

Mi especial agradecimiento a la Asesora de Tesis. Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, por sus orientaciones y perseverancia las que encaminaron el desarrollo de la presente Tesis.

Al director y personal de Enfermería del centro de ESSalud- Chota; quienes me facilitaron la ejecución de la Tesis, esperando que los resultados contribuyan a prevenir complicaciones mejorando la salud de los adultos mayores especialmente de los afectados con la diabetes mellitus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **ÍNDICE DE CONTENIDOS** | Pág. |
| AGRADECIMIENTOS | |  | V |
| ÍNDICE | |  | VII |
| LISTA DE TABLAS | |  | VIII |
| LISTA DE ANEXOS | |  | IX |
| RESUMEN | |  | X |
| ABSTRACT | |  | XI |
| INTRODUCCIÓN | |  | 1 |
| CAPÍTULO I | |  |  |
| 1. EL P | ROBLEMA | | 3 |
| 1.1. | Definición y Delimitación del Problema de investigación | | 3 |
| 1.2. | Formulación del Problema de investigación | | 9 |
| 1.3. | Justificación del Problema | | 9 |
| 1.4. | Objetivos | | 11 |

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO 12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. | Antecedentes de la investigación | 12 |
| 2.2. | Marco Teórico Conceptual | 14 |
|  | 2.2.1. Modelos y Teoría del cambio en conductas de salud | 14 |
|  | 2.2.2. Bases Teóricas | 16 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.3. | Variables de estudio | 28 |
| 2.4. | Operacionalización de variables | 29 |

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA 32

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1. | Tipo y Diseño de Estudio. | 32 |
| 3.2. | Escenario de estudio | 32 |
| 3.3. | Población y muestra | 33 |
| 3.4. | Unidad de Análisis | 33 |
| 3.5. | Criterios de inclusión | 33 |
| 3.6. | Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 34 |
| 3.7. | Procedimiento para la Recolección de Información | 35 |
| 3.8. | Procesamiento y Análisis de Datos | 36 |
| 3.9. | Aspectos éticos | 36 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS | | 38 |
| CONCLUSIONES | | 63 |
| RECOMENDACIONES | | 64 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 65 |
| ANEXOS | | 73 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LISTA DE TABLAS** | Pág. |
| Tabla 1. | Factores Sociodemográficos de los pacientes con diabetes |  |
|  | mellitus tipo 2. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo |  |
|  | enero-junio, 2016 | 38 |
| Tabla 2. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2  Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero-junio, 2016. | 45 |
| Tabla 3. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según edad. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo  enero-junio, 2016. | 53 |
| Tabla 4. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según sexo. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo enero-junio,  2016. | 55 |
| Tabla 5. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según Grado de instrucción. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo enero-junio, 2016. | 56 |
| Tabla 6. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según ocupación. Centro Médico EsSalud-Chota,  Periodo enero-junio, 2016. | 58 |
| Tabla 7. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según estado civil. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo enero-junio, 2016. | 60 |
| Tabla 8. | Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Según tipo de familia. Centro Médico EsSalud-Chota, periodo enero-junio, 2016. | 62 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LISTA DE ANEXOS** | **Pág.** |
| Anexo 1 | Consentimiento Informado | 73 |
| Anexo 2 | Cuestionario para determinar las características sociodemográficas  Y estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 | 74 |
| Anexo3 | Tabla 1, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero-junio, 2016. | 78 |
| Anexo 4: | Tabla 2, Estilos de vida, según dimensión (Nutrición), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud-Chota, periodo enero- junio, 2016. | 82 |

Anexo 5: Tabla 3, Estilos de vida, según dimensión (Actividad Física), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro

Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016. 83

Anexo 6: Tabla 4, Estilos de vida, según dimensión (Consumo

de alcohol) pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos

en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016. 84

Anexo 7: Tabla 5, Estilos de vida, según dimensión (Información sobre

Diabetes), pacientes con diabetes mellitus atendidos en el

Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016. 85

Anexo 8: Tabla 6, Estilos de vida, según dimensión (manejo de emociones)

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro

Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016 . 86

Anexo 9: Tabla 7, Estilos de vida, según dimensión (Emociones), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016. 87

Anexo 10: Prueba confiabilidad Interna de Instrumento: Cuestionario ENVIT

de Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. 88

**RESUMEN**

Factores Sociodemográficos y estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico Es Salud-Chota, periodo enero-junio, 2016.

Autor: José Darwin Fernández Tarrillo 1

Asesora: Martha V. Abanto Villar2

El objetivo de la investigación fue determinar y analizar los factores sociodemográficos y los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de Es Salud-Chota, periodo enero-junio, 2016. De tipo descriptivo, transversal, cuantitativo, diseño no experimental; la muestra estuvo constituida por 33 pacientes con diabetes mellitus Tipo 2. Se recolecto la información utilizando el cuestionario INEVID. Resultados, en el 48,5% la edad fue entre 40 a 59 años; el 60,6% fueron varones; el grado de instrucción superior no universitaria en el 69,7%; el 57,6% no tienen ocupación, son jubilados; el 45% casados, la familia es nuclear en el 78,8%. Los estilos de vida en el

72,7% son poco saludables y en el 27,3% no saludable. Respecto a los estilos de vida y los factores sociodemográficos en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En la mayoría corresponde a edades de 40 a 59 años con estilo de vida poco saludable con el

87,5%; mientras que el 28,6% tienen estilos de vida no saludables y corresponde al grupo etario de 60 a 79 años; el 76,9% de las mujeres tienen estilos de vida no saludable y el

30% de los varones no son saludables. En cuanto al grado de instrucción el 83,3% tienen primaria y su estilo de vida es poco saludables y el 69,2 % de los que tiene superior no universitario es no saludable. En el 87,5% son independientes y tienen un estilo de vida poco saludable; mientras que el 33,3% de los dependientes es no saludable; el 100% de convivientes tienen estilos de vida poco saludables y el 33,3% de los viudos su estilo de vida es no saludable.

**Palabras claves: Diabetes Mellitus tipo 2; factores sociodemográficos, Estilos de vida**

1 Aspirante a Licenciado de Enfermería (Bach. Enf. José Darwin Fernández Tarrillo, UNC)

2Martha V. Abanto Villar, Doctora en Salud. Profesora principal de la Facultad Ciencias de la

Salud de la UNC-Filial Chota.

**ABSTRACT**

Sociodemographic factors and lifestyles of patients with diabetes mellitus treated at the

EsSalud-Chota Medical Center, period January-June, 2016.

Author: José Darwin Fernández Tarrillo 1

Adviser: Martha V. Abanto Villar2

The objective of the research was to determine and analyze the sociodemographic factors and lifestyles of patients with diabetes mellitus treated at the Es Salud-Chota Medical Center, January-June, 2016. Descriptive, transversal, quantitative, design not experimental; the sample consisted of 33 patients with Type 2 diabetes mellitus. The information was collected using the INEVID questionnaire. Results, in 48.5% the age was between 40 to 59 years; 60.6% were male; the degree of non-university higher education in 69.7%; 57.6% have no occupation, are retired; 45% married, the family is nuclear in 78.8%. Lifestyles in 72.7% are unhealthy and in 27.3% unhealthy. Regarding lifestyles and sociodemographic factors in patients with type 2 diabetes mellitus in the majority it corresponds to ages of 40 to 59 years with an unhealthy lifestyle with 87.5%; while 28.6% have unhealthy lifestyles and corresponds to the age group of 60 to 79 years;

76.9% of women have unhealthy lifestyles and 30% of men are not healthy. Regarding the level of education 83.3% have primary and their lifestyle is unhealthy and 69.2% of those with a non-university superior is unhealthy. In 87.5% they are independent and have an unhealthy lifestyle; while 33.3% of the dependents are unhealthy; 100% of cohabitants have unhealthy lifestyles and 33.3% of widowers have a unhealthy lifestyle.

**Keywords**: Diabetes Mellitus type 2; Sociodemographic factors, Lifestyles

1 Aspirin to Nursing Degree (Bach. Enf. José Darwin Fernández Tarrillo, UNC)

2Martha V. Abanto Villar, PhD in Health. Professor, Faculty of Nursing, UNC Branch Chota – subsidiary

Chota.

**INTRODUCCIÓN**

En el Perú la prevalencia de diabetes es del 1 al 8% de la población en general, siendo Piura y Lima los Departamentos más afectados. También se menciona que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de personas (1).

La diabetes mellitus, es un problema de salud pública mundial, que aqueja principalmente a personas que residen en el área urbana, en donde sus estilos de vida no son saludable (malos hábitos alimenticios, sedentarismo, estrés, etc.), y a las malas prácticas de los estilos de vida; pues se responsabilizan a estas como principal causa de la diabetes mellitus, de ahí su importancia de estudio (2).

El instituto Peruano de Seguridad Social reporta que en la actualidad se estima que el 91,1% de los casos registrados al primer semestre del 2013, corresponden a diabetes mellitus tipo 2, el

1,7% corresponde a diabetes mellitus tipo 1; y el 1% a Diabetes Gestacional y un 5,8% a los cuales no se ha especificado (1).

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar y analizar los factores sociodemográficos y los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero- junio 2016. Observándose que los pacientes atendidos tienen el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, la mayoría son de 65 a más años de edad, sexo masculino; el grado de instrucción superior, jubilados; el estado civil casados. En cuanto a los estilos de vida de estos pacientes en el 72,7% son poco saludable y en el 27,3% es no saludable.

Con la información presentada como resultado de la investigación se espera contribuir para que los responsables de atender a los pacientes con diabetes los tengan en cuenta y revisen las estrategias que se vienen desarrollando con la finalidad de mejorar la intervención y poder conseguir los objetivos previstos y lograr el control y la prevención del incremento de la diabetes especialmente la diabetes tipo 2, como se puede concluir es la que se atiende con mayor frecuencia y así ayudar a que el paciente diabético pueda elevar su nivel de vida al practicar estilos de vida saludables porque evitará las complicaciones. También de gran importancia es involucrar a la familia en el cuidado del paciente lo cual ayudara mucho en su tratamiento como en la prevención de daños.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos: *Capítulo I.* El problema: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. *Capítulo II.* Marco teórico: Antecedentes del problema, teorías sobre el tema, marco teórico y conceptual, variables. *Capítulo III*. Metodología: Tipo y diseño de estudio. Área de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, técnica de recolección de datos, instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y rigor ético. *Capítulo IV.* Resultados, interpretación, análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

**CAPÍTULO I**

**1. EL PROBLEMA.**

**1.1. Definición y Delimitación del Problema de Investigación.**

La Organización Mundial de la salud (OMS), refiere que la prevalencia de enfermedades no trasmisibles se han incrementado notablemente en los países de ingresos bajos y medios, provocando el 80% de las muertes; mientras que sólo un 20% se producen en los países de altos ingresos afectando a hombres y mujeres; además se prevé que las defunciones por enfermedades infecciosas, problemas materno perinatales y carencias nutricionales disminuirán en un 3% durante los próximos 10 años, mientras que las defunciones por enfermedades no trasmisibles aumentarán un 17% en ese mismo periodo (3).

Este problema tiene un gran impacto social, pues crece de forma sostenida; el avance científico, tecnológico, la prosperidad, la urbanización modifican el orden socioeconómico, el perfil de enfermedad, el nivel de salud afecta las condiciones de vida de las personas dado que consumen dietas inadecuadas, alcohol, tabaco, realizan menos actividad física por la poca disponibilidad de tiempo y tienen mayor exposición al estrés. Estos cambios tan rápidos e irreversibles que caracterizan a los tiempos en que viven, obligan a proyectarse constantemente hacia el futuro; pero los sistemas de salud aún no han logrado avanzar al ritmo que imponen las necesidades sentidas por las poblaciones (4).

Según la Organización de la salud, calcula que en el 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años, además se calcula que en el

2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes, más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030 (5). La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y el evitar el consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición.

La Organización Mundial de la salud (OMS), afirma que la pandemia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un problema de salud mundial; ya que, aproximadamente en el mundo existen más de 347 millones de personas enfermas y es probable que para el

2030 esta cifra se incremente al doble. En estados unidos en el 2010, 26 millones de personas de todas las edades tenían diabetes y 1.9 millones de casos fueron diagnosticados en personas de 20 años o más. En México la DM2 ocupa el primer lugar entre las principales causas de muerte con 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año (5).

Así, estudios realizados en Estados Unidos señalan que las personas con diabetes experimentan una baja calidad de vida, con respecto a individuos saludables, el área más afectada ha sido el rol de funcionamiento físico, asimismo son las mujeres y las personas de edad mayor, que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico, quienes describen la más baja calidad de vida. En cuanto a variables clínicas, se han reportado como predictores de la calidad de vida: el tiempo de padecimiento de la enfermedad, el presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y el llevar sólo tratamiento farmacológico como parte de su atención médica (5).

Además, la diabetes mellitus afecta a un porcentaje representativo de la población mundial y se espera que su frecuencia aumente tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, fundamentalmente asociada a la pandemia de obesidad. La diabetes es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad y sus complicaciones incluyen enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, pérdida de visión y amputaciones de miembros (6).

Asimismo, con la modificación de los factores de riesgo en la sociedad para evitar la aparición de casos de diabetes, se tiene que acompañar esto con un control metabólico representado por obtener un adecuado peso para la talla/edad; e igual manera de la regulación de los marcadores bioquímicos generales como la glucemia capilar en ayuno, el perfil lipídico y la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

A nivel mundial varía entre 2 y 5% y, en los Estados Unidos, los casos diagnosticados alcanzan al 5,9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicano-americana e hispana (1).

En la región, solo para el periodo 2009, se han registrado un total de 26,090 casos de diabetes mellitus, significando una Tasa de Incidencia Acumulada de 250.8 x 100,000 asegurados, valor mayor al reportado para la población asegurada en el año 2004 en el que se estimó una Tasa de Incidencia Acumulada de 161.6 x 100,000. Según la distribución por sexo, se muestra una mayor frecuencia en el sexo femenino, reportando un 54% del total de casos y el 46% al sexo masculino. En relación con el riesgo por grupos de edad, el comportamiento registrado guarda relación con lo descrito en la historia natural de la enfermedad. Se muestra que el riesgo aparece antes del grupo de

40 a 49 años, a partir del cual el crecimiento de la tasa de incidencia es exponencial (1).

En Uruguay el Instituto Gente Natural (2016), dio a conocer que el predominio de la diabetes guarda clara relación con la edad; de toda la población diabética, los sujetos mayores de 65 años representan 45%. La incidencia de la diabetes aumenta además con la edad 5-6% de los sujetos mayores de 65 años presenta una diabetes de reciente aparición, con una incidencia máxima de casos nuevos diagnosticados de 64/1.000 entre los 65 y los 74 años. La incidencia de la diabetes en edad avanzada se reduce por encima de los 75 años y es mayor en el sexo femenino. Hay que recordar también que 50-60% de la población senil presenta una baja tolerancia a la glucosa (7).

En el Perú, estudios realizados por el grupo de Instituto Peruano de Seguridad Social, ha reportado cifras de prevalencia de diabetes de tipo II que oscilan entre el 1,6% en Lima metropolitana, 0,4% en Cusco, 1,8% en Pucallpa, hasta el 5% en Piura. En la actualidad se estima que el 91,1% de los casos registrados al I semestre del 2013, corresponden a Diabetes mellitus tipo II, el 1,7% corresponde a Diabetes mellitus tipo I, el 1,0% a Diabetes gestacional y un 5,8% corresponden a casos en los cuales no se ha especificado el tipo de diabetes. Si asumimos que estos casos corresponden a Diabetes tipo II, considerando que en la historia clínica consta solo el diagnóstico de diabetes (sin especificar), los casos de diabetes tipo II constituirían el 96,9% de los casos notificados. El 63,2% de los casos registrados (3159 personas), corresponde a mujeres y el 36,8% (1842 personas) a varones. Los casos se presentan principalmente después de los 40 años, tanto en mujeres como en hombres. El 0,64% (32) corresponden a menores de 15 años, el 14,68% (734), a personas entre 15 y 44 años, el 51,54% (2579), Entre 45 y 64

años y el 32,0% (1601), de 65 a más años. Un 1,1% (56), no tienen una edad registrada

(1).

Así mismo, se estima que en el Perú el 80% de habitantes tienen o han tenido alguna vez estilos de vida no saludables, el 50% de estas personas tienen escaso o bajo nivel socioeconómico. Informes recientes demuestran que de cada 1,000 habitantes solo 10 practican ejercicio físico diario, el 10% de peruanos consumen alimentación balanceada y nutritiva diariamente, mientras que el 90% restante no lo hace y que el 70% de esta población consumen algún tipo de sustancia nociva periódicamente, lo cual demuestra la práctica de estilos de vida no saludable en nuestra población, constituyendo un factor de riesgo no solo para la diabetes sino para otras enfermedades crónico degenerativas (8).

Por ello es fundamental que surjan cambios o modificaciones paulatinos en los estilos de vida de los pacientes; los cambios en la dieta, la actividad física y los hábitos sociales condicionan el bienestar y mejoran la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus.

Además, se conoce que la diabetes mellitus, es la tercera causa de carga de enfermedad en el grupo de enfermedades no transmisible, afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, Según lo reportado por el Ministerio de Salud ( 2012), en el año 2000 había 754 mil peruanos diabéticos, presumiéndose que para el 2030 la cifra llegaría a 1’961,000 personas con dicha enfermedad en nuestro medio; y ha cobrado la vida de 1836 peruanos, siendo esta enfermedad la décimo tercera causa de mortalidad en el país. En cuanto a los casos de diabetes mellitus que han sido registrados en consulta externa por grupos de edad en el 2013, se ha determinado que

41,601 peruanos son diabéticos y que están siguiendo un tratamiento en diferentes hospitales del país. Las mujeres encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148 (9).

En el 2016 según Instituto Nacional de estadística e Informática. El 2,9% de la población de 15 a más años fue diagnosticado con diabetes mellitus, manteniéndose en el mismo valor del 2015. Siendo la población femenina el más afectado 3,2 % respecto a la masculina 2,7%. Asimismo, en la región natural, en el 2016 el mayor porcentaje de

personas con diabetes mellitus fueron las residentes de Lima Metropolitana 4,6% y el menor porcentaje los residentes en la sierra 1,8% (10).

La práctica de un mal estilo de vida contribuye a incrementar el mal control metabólico, por ende, la morbilidad, produciendo las muertes prematuras. En general 2,7 millones de muertes anuales son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas, verduras y 1,9 millones a la inactividad física; por lo tanto, los organismos dedicados al cuidado de la diabetes como la Organización Mundial de la Salud recomiendan mantener una buena práctica de los estilos de vida (11).

Para mantener un equilibrio clínico metabólico en un paciente con diabetes, necesitamos del cumplimiento de tres ejes que son: los estilos de vida como la alimentación y el ejercicio físico en un 70%, a todo esto, debemos sumar un correcto y adecuado tratamiento farmacológico en un 30%, debemos señalar además que el incumplimiento de uno de ellos es suficiente para alterar el buen y normal funcionamiento del metabolismo energético. Por tanto, al no cumplirse lo mencionado surgen las complicaciones severas en los pacientes con diabetes (12).

Pues, para modificar estos factores se necesita no solo un programa de acción de prevención en las unidades de salud, sino el empoderamiento de las personas para cambiar el estilo de vida con acciones de promoción en salud a largo y corto plazo. Existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz; ya que, la diabetes al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como malos hábitos de alimentación y sedentarismo, es decir a la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Según la información del Plan Operativo 2014 de la Dirección se salud Cajamarca, refieren que son pocas las redes que realizan el tamizaje tanto de hipertensión arterial como de diabetes, solo se ha logrado un 7% como máximo de población lo cual es sumamente bajo (13).

Sin embargo, en Cajamarca, se observa el incremento de personas diagnosticadas con diabetes mellitus que acuden a los centros de salud; la mayoría no ha tomado conciencia de la importancia del control periódico de su enfermedad; apreciándose así mismo una evidente carencia de buenos estilos de vida saludables (obesidad) y desconocimiento de la enfermedad. De otro lado la familia no ha sido capacitada en el cuidado del paciente diabético por tanto no está sensibilizada sobre todo en el manejo del paciente diabético y la alimentación saludable para mantener los niveles de glucosa óptimos que le permitan una mejor calidad de vida. Esta situación revela la gran necesidad de priorizar la educación para la salud con acciones preventivas promocionales, especialmente de prevención de complicaciones. Por esto cobra vital importancia la práctica de estilos de vida saludables, única garantía para mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes (1).

La Dirección de Salud (DISA) Chota, reporta para el periodo 2011- 2014, que la primera causa de atención es por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con el 23,82%, en segundo lugar, las infecciones agudas del sistema respiratorio con el

16,79% y en tercer lugar las enfermedades sistema digestivo con el 12,72%. Mientras las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocupan el cuarto lugar con una tasa del 13,74% de las atenciones realizadas (14).

En el Centro de Salud-Chota en el programa de Diabetes se atiende cerca de 128 pacientes, teniendo registrados a unos 115 pacientes que asisten regularmente al programa, de ellos el 90,75% son pacientes con diabetes mellitus tipo 2, dicho programa está a cargo de una enfermera, donde el profesional de enfermería cumple diariamente una importante labor en la educación y promoción de estilos de vida saludables, educación permanente para el cumplimiento del tratamiento, así también identifica complicaciones presentes que son derivados a los especialistas para una atención oportuna (15).

Al ser la diabetes mellitus un problema de salud pública, no discrimina edad, sexo, o condición social, en los adultos mayores la gran mayoría de los casos se presentan por estilos de vida no saludables en cuanto a su alimentación y actividad física principalmente. La alimentación en la zona de estudio es a base de carbohidratos, y generalmente estas personas no realizan actividad física de manera continua, las mujeres

son quienes permanecen mayormente en casa realizando actividades domésticas sin realizar actividad física, de otro lado muchos varones al jubilarse disminuyen sus actividades y optan por el sedentarismo predisponiéndose a padecer diabetes, asimismo se observa por parte de los varones el consumo de alcohol lo que perjudica a su salud, mucho más si son hipertensos. También se puede observar que la calidad de vida de los adultos mayores es mala en cuanto a lo psicológico, muchos de ellos son maltratados a veces por los familiares más directos y descuidando su atención (16).

Ante estas evidencias resulta muy importante realizar el presente trabajo de investigación pues el paciente diabético presenta necesidades de aprendizaje en relación con los estilos de vida saludables dentro ellos lo referido a la dieta, teniendo que ser esta monitorizada y el tratamiento también, los pacientes deben aprendan a llevar un autocontrol de su diabetes. Pues este se ha convertido en un problema sanitario y como se observa va en aumento a nivel nacional y a nivel local, el paciente diabético se ve afectado, debido a los cambios que produce la enfermedad por lo que el tratamiento varía de acuerdo con el estilo de vida, al estado físico y emocional, así como por avances en los métodos de tratamiento. A partir de ello, surgió la necesidad de investigar los factores sociodemográficos y los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo enero- junio, 2016”.

**1.2.Formulación del Problema de investigación.**

¿Cómo son los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el

Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero a junio, 2016?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero a junio, 2016?

**1.3. Justificación del Problema.**

La Organización Mundial de la Salud considera que existe en el mundo 135 millones de personas que padecen diabetes, cifra que se prevé superará los 300 millones para el año

2025, del 100% de diabéticos, 90% serán de tipo II. La incidencia anual estimada para el tipo II es de 60 a 150 casos nuevos por cada 100,000 habitantes y la de tipo I es de 10

a 12 casos nuevos por 100,000 habitantes (17). Así mismo, en América Central el número de personas con diabetes asciende a 1,2 millones de personas, es decir, el 6,4% del total de la población (18).

En el Perú en la actualidad se menciona que la diabetes mellitus afecta al 2,9% del total de la población; siendo las mujeres las más afectadas (10). El incremento de personas diabéticas es el resultado del envejecimiento poblacional 10% entre los 60-70 años y

10-20% entre los 70-80 años y en los mayores de 80 el 17% (19).

Chota, no es ajena a la realidad Internacional y nacional en cuanto a la diabetes; pues se observa que, en los consultorios externos del Centro Médico de EsSalud, que la diabetes va en aumento y la mayoría de los pacientes con diabetes no ha tomado conciencia de la importancia del control periódico de su enfermedad; apreciándose asimismo una evidente carencia de buenos estilos de vida saludables y desconocimiento de la enfermedad.

Además, las enfermedades crónicas no transmisibles han alcanzado altas cifras de morbimortalidad a nivel mundial; estos problemas generan grandes costos a los sistemas de salud a pesar de ser prevenibles, pues están íntimamente relacionados con los estilos de vida. Por tal motivo, es necesario identificar los estilos de vida que realizan los pacientes con diabetes mellitus y la repercusión en su salud, porque permitirá intervenir en la promoción de comportamientos saludables y prevención de las enfermedades a partir de sus conocimientos, prácticas, hábitos y vivencias, pues mantienen un constante contacto con la persona, familia y comunidad, siendo ellos entes educadores.

La presente investigación se realizó con el propósito de obtener resultados acerca de la realidad de los pacientes con diabetes mellitus para determinar los factores sociodemográficos y los estilos de vida que practican. Los resultados, se presentan como una alternativa a tener en cuenta por parte del personal de salud en la toma de decisiones, y para replantear la necesidad inminente de crear un grupo de educación a pacientes crónicos con diabetes mellitus y la creación de una estrategia interdisciplinaria que comprometa a diversos profesionales de la salud, que ayude al control y manejo adecuado de la enfermedad, evitando posibles complicaciones de los pacientes.

También servirán estos resultados como línea de base para otras investigaciones futuras sobre el tema. Para la Universidad Nacional de Cajamarca, es de importancia porque conociendo la realidad local respecto a la problemática local del paciente con diabetes podrá intervenir en el área de Salud del adulto y Salud Comunitaria y entre otras; siendo parte de la formación académica y teniendo en cuenta que la población adulta va en incremento y con ello las enfermedades crónico-degenerativas. Además, los resultados ayudarán a reforzar lo que el personal de salud en especial de enfermería viene realizando en cuanto a la atención del paciente con diabetes que se atienden en el centro Médico de EsSalud de Chota y poder fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

La relevancia social se da en la intervención efectiva y eficiente por parte del personal de salud especialmente de enfermería; ya que, mediante la labor de educación y atención oportuna se logrará evitar las complicaciones que se generan en los pacientes diabéticos causándoles muchas veces invalidez generándole deterioro físico y psicológico.

**1.4.Objetivos:**

- Identificar y analizar los factores sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero-junio,

2016.

- Describir y analizar los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero-junio, 2016.

**CAPÍTULO II**

**2. MARCO TEÓRICO**

**2.1.Antecedentes de la Investigación.**

En el estudio titulado. Características sociodemográficas- clínicas y de estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, que asisten a control de crónicos en el Hospital San Francisco E.S.E de la ciudad de Ibagué los días 5, 6, 7 y 8 de julio de

2016. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por la totalidad de 27 (100%) pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que acudieron al programa y fueron seleccionados por conveniencia. Los resultados obtenidos fueron: el 55,56% son adultos mayores, edad promedio de 62.3 años. Un 77.7% son de sexo femenino. El 51,85% tienen pareja, el

81% pacientes provienen de las zonas urbanas. El 66,67% de los pacientes tienen estudios primarios. Y como principal ocupación con un 77.78% es el hogar. En cuanto al estilo de vida el 55.55% presentan estilo de vida inadecuado, mientras que el 44.44% presentan adecuado estilo de vida. Los pacientes presentaron el mayor puntaje en el dominio de consumo de tabaco con un 100% y consumo de alcohol con un 90.6% y un puntaje menor en los dominios información acerca de diabetes con un 32.5% y emociones con un 56.6% (20).

Se realizó un estudio titulado. Caracterización sociodemográfica y temporal de la diabetes mellitus tipo 2, realizado en el 2012, descriptivo y transversal, de tipo observacional. El universo de estudio lo constituyeron los 48 pacientes diabéticos tipo

2 del consultorio 119 del Policlínico Universitario "Hermanos Cruz"; la muestra fue de

45 pacientes. Resultados: la diabetes mellitus tipo 2 resultó ser más frecuente en los grupos de edades de 50 a 79 años con un predominio significativo del sexo femenino. Conclusiones: la mayor parte de los pacientes estudiados tenían menos de 10 años de evolución de la enfermedad y el debut de esta se produjo con mayor frecuencia en los grupos de 50 a 59 y de 40 a 49 años (21).

En un estudio titulado. Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus, 2012. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal. Se trabajó en tres áreas básicas de salud (ABS) urbana, con pacientes diabéticos atendidos en estas ABS. Resultados. Se estudiaron 1.495 pacientes, 96% diabetes (DM) tipo 2. Edad: 66 años. Sexo: 56% mujeres. Estudios: 62% sin estudios primarios finalizados 15,5% analfabetismo, 46% primaria incompleta; 27% graduado escolar. Núcleo familiar: 71% convivía en pareja, 11% con los hijos, 12% vivían solos. Conclusiones. El bajo nivel cultural de los pacientes no influye ni en el control metabólico ni en la aparición de complicaciones crónicas. El conocimiento de la población diabética atendida ha permitido detectar la necesidad de reforzar intervenciones encaminadas a disminuir el tabaquismo y aumentar la detección de complicaciones crónicas (22).

En la investigación titulada. Prácticas de estilos de vida en pacientes con diabetes tipo II, realizado en el 2016, el método empleado fue el descriptivo simple en 40 pacientes diabéticos; utilizando una guía de entrevista y una escala para medir estilos de vida en pacientes diabéticos. Resultados: En general, el 67,5% de pacientes tuvieron prácticas de estilos de vida no saludables. En la dimensión hábitos nutricionales, el 52,5% tuvieron estilos de vida saludables; en la dimensión actividad física, el 85,0% presentaron estilos de vida no saludables; en la dimensión hábitos nocivos, el 92,5% tuvieron estilos de vida saludables; en la dimensión información sobre diabetes, el

90,0% presentaron estilos de vida no saludables; en la dimensión estado emocional, el

95,0% tuvieron estilos de vida no saludables; y por último, en la dimensión adherencia terapéutica, el 87,5% presentaron estilos de vida no saludables . Conclusiones: Los pacientes con Diabetes tipo II considerados en el presente estudio tuvieron en general prácticas de estilos de vida no saludables (23).

En el estudio titulado. Calidad de Vida y los Factores Biosociales del Adulto Mayor con diabetes Mellitus Tipo II. EsSalud. Cajamarca, 2015, no experimental, descriptivo, corte transversal, la muestra estuvo conformada por 132 usuarios atendidos en la cartera del adulto mayor del Hospital EsSalud - Cajamarca. La recolección de datos fue mediante un cuestionario sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II y para determinar la significancia se utilizó la prueba de chi-cuadrado. La calidad de

vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II es mala en 25.8%, regular en 50.8% y buena en 23.5%. Según la dimensión física 23.8% mala, 56.1% es regular y 23.5% buena. En la dimensión social, 18.2% es mala, 66.7% es regular y 15.2% su calidad de vida es buena. En cuanto a los factores biosociales, la mayoría de los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II tienen edades de 60 a 80 años, son del sexo masculinos, casados, jubilados o cesantes; profesan a la religión católica, y tienen como grado de instrucción superior (24).

En el estudio titulado. Estilos de vida de los pacientes con diabetes Mellitus. Tipo II, atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota-2015. De enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, población 45 pacientes con diabetes mellitus tipo II. Conclusiones: En cuanto a los estilos de vida y las características sociales en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, predominan los pacientes de 40 a

59 años con estilos de vida saludables representando el 80% y los 80 a más tienen estilos de vida poco saludables con 100%, el 54,8% de mujeres tienen estilos de vida saludables; en cuanto al estado civil el 75% son divorciados y tienen estilos de vida saludables, mientras que el 81,3% son viudos y tienen estilos de vida poco saludables; el 100% de los pacientes tienen primaria completa con estilos de vida poco saludables, en la ocupación el 66,7% de los comerciantes tienen estilos de vida poco saludables, y en cuanto a la religión el 78,9% los no católicos tienen estilos de vida saludables y 64,5% de los católicos presentan estilos de vida poco saludables (25).

**2.2.Marco Teórico Conceptual.**

**2.2.1. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud.**

Son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas. A continuación, se van a explicar dos de las teorías más influyentes en la actualidad: Estilos de vida y Promoción de la Salud (26).

- Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).

Esta teoría es clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización. El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas concéntricamente. En esa estructura concéntrica, el nivel más cercano al individuo corresponde al microsistema, que es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo y hace referencia al conjunto de actividades, roles y relaciones sociales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. Para esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. El segundo nivel del ambiente ecológico, el mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el exosistema, lo conforma el entorno más amplio, como por ejemplo las instituciones sociales, que, a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. El último nivel, el macrosistema, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla; ya que, según esta teoría, la socialización del estilo de vida de un individuo tiene lugar en un contexto macro amplio que tiene un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo.

Estos dos modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables son fundamentales; ya que, explican los Estilos de vida y Promoción de la Salud en relación con la adquisición y el mantenimiento del estilo de vida saludable.

• Modelos integradores: A continuación, se presentan y desarrollan los modelos más actuales que han surgido de la integración de teorías anteriores y que tienen en cuenta una visión más amplia y positiva de la salud. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico - Modelo de promoción de la salud (Pender, 1996).

Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos.

Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

1. Afectos y cogniciones específicas de la conducta. Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.

2. Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales. Estas segundas variables influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.

Antecedentes de la acción. Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida). Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc. (26).

**2.2.2. Bases Teóricas.**

**1. Factores Sociodemográficos.**

El estado de salud y enfermedad no se da de manera casual, sino es consecuencia de patrones donde subyacen las verdaderas causas. La descripción de estos permite conocer la distribución y progresión real del estado de salud y enfermedad, del mismo modo, facilita en el personal sanitario una comprensión más amplia de los problemas de salud que afectan a una determinada población, asimismo permiten el desarrollo de programas que atiendan estas necesidades. Esta distribución de condiciones de salud y enfermedad

se encuentra íntimamente ligada a atributos y características propias de la persona. Estos factores se pueden clasificar en variables: sociales y demográficas (27).

**a. Factores sociales.**

Los factores sociales están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social. Estos factores, también afectan la salud de las personas; están comprendidas por: la ocupación, el estado civil, la procedencia y el tipo de familia del que procede el individuo (28).

**Ocupación:** consiste en la labor que desempeña la persona dentro o fuera del hogar, referido a un trabajo asalariado, al servicio de un empleador. Según las condiciones se puede decir que es un trabajador independiente, dependiente o jubilado. También, es uno de los índices básicos que sirven para determinar la posición social y económica del individuo. Las condiciones generales bajo las cuales trabaja una persona, por ejemplo, la cantidad de ejercicio físico, tensión mental relacionada con una clase determinada, puede desempeñar un papel decisivo en la aparición de enfermedades (29).

**Estado civil:** Es la situación jurídica de las personas con respecto a la familia el estado o nación a la pertenece. En el Perú está dada por el estado civil: casado, soltera, conviviente y viuda. Determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Aunque las condiciones del estado civil de una persona pueden variar de un estado a otro, la clasificación de estados civiles más habitual es la siguiente: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, conviviente, separado/a (30).

**b. Factores demográficos**

Son particularidades propias de la persona que determinan la distribución de la salud y la enfermedad y son:

**Edad:** es el tiempo de existencia transcurrido desde el nacimiento de un individuo, a su vez se define como cada uno de los periodos en que se considera dividida la

vida humana. Este es uno de los factores de mayor importancia en la aparición de enfermedades, pues las cambiantes influencias biológicas, o de comportamiento, modifican los tipos de enfermedad a los cuales están expuestas las personas. Por ello, algunas suelen presentarse exclusivamente en un grupo etáreo en particular, otras ocurren a lo largo de un mayor periodo, pero todas tienen la tendencia de prevalecer en cierto grupo de edad. Esta relación entre edad y enfermedad puede estudiarse mediante las tasas específicas por edad, que sirven para medir el riesgo de enfermedad en cada grupo, identificar las enfermedades prevalentes y la progresión por edad de una enfermedad (31).

**Sexo:** el concepto de sexo está relacionado a una serie de variantes que conducen a la diferenciación de las especies. El sexo es el carácter que se le inserta a una especie de manera específica, estas son las que conocemos como femenino y masculino. A su vez, representa también una tasa poblacional importante; ya que, separa a la especie humana en dos, definiendo en cada una tareas y roles distintos. Asimismo, las enfermedades son diferentes entre los sexos, se han propuesto diversos tipos de razones para explicar algunas de estas diferencias, sin embargo, todavía muchas quedan aún sin explicación. Una primera razón es de base biológica, pero existen otras relacionadas con los factores ambientales. También, puede deberse a características fisiológicas, o comportamientos relacionados con los patrones culturales prevalentes (31).

De igual manera la mayor frecuencia de cirrosis hepática en los varones puede explicarse por el hecho de que ellos consumen más alcohol. Por último, la mayor morbilidad y menor mortalidad en mujeres puede ser resultado, en parte, a que algunas enfermedades tienen un efecto menos letal en ellas. No obstante, las mujeres asisten más a los servicios de salud que los hombres, lo que puede deberse a que requieren atención médica en una etapa más temprana de la enfermedad (32).

**2.2.3. Estilos de vida.**

Desde hace muchos siglos atrás, ya se hablaba de estilos de vida; al respecto Hipócrates dijo que una buena salud necesita del conocimiento de la constitución primaria del hombre y de los poderes de los distintos alimentos, ya sean naturales a él,

como aquellos que son resultado de su habilidad. Sin embargo, solo comer no es suficiente para estar saludable; se debe hacer ejercicio, del cual es necesario conocer los efectos. La combinación de estos dos factores compone el régimen. Si existe alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo se enfermará (32).

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (33).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud establece que el estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida y las pautas de conducta, determinadas por factores socioculturales y características propias de las personas (27). Asimismo, Abel citado por Oblitas, establece que los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico (34) (35).

En el Perú, el Ministerio de Salud entiende como estilos de vida a la relación entre las condiciones y las pautas de vida individuales, que se manifiestan en comportamientos y están determinadas por factores socioculturales y características personales (36).

Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan, no solo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados (37) (38).

Los estilos de vida se incluyen entre los factores que afectan a la salud de los individuos y sobre los cuales estos tienen capacidad de control. Determinadas actitudes sobre estos factores tienen como resultado la contribución a un mayor nivel de enfermedad y muerte prematura. Por el contrario, la modificación de los hábitos nocivos aporta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de las personas (39).

En el caso de la diabetes, lo que la persona hace, piensa y siente, tienen un impacto para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, denominado a últimas fechas como el estilo de vida. El papel activo que los seres humanos pueden tener en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad. Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud y hasta de factores protectores para referirse a todo aquello que un ser humano puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. Por otro lado, se habla también de estilos de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos inadecuados e igualmente, hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio largo plazo (40).

Por tanto, los estilos de vida son hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos que permiten satisfacer las necesidades para alcanzar el bienestar. Partiendo de este concepto, aquellos hábitos o conductas que tienen que ver con los estilos de vida son:

**Hábitos alimentarios:** El hábito es aquel modo de actuar adquirido por la práctica cotidiana, por lo tanto, se puede decir que los hábitos alimentarios están caracterizados por los alimentos que se consumen con mayor frecuencia, relacionadas al cómo, dónde, cuándo, con quién; estas conductas alimentarias son el resultado de interacciones y aprendizajes múltiples, son evolutivas y tienen su base en experiencias personales ya sean positivas o negativas (41).

La alimentación es un acto voluntario, un proceso que se encarga de la elección y preparación de los alimentos antes de ser consumidos y que están influenciados por

factores climáticos, sociales, culturales y económicos. En cambio, la nutrición es el proceso por el cual el organismo utiliza los nutrientes contenidos en los alimentos, estos proporcionan la energía y los materiales de construcción necesarios para innumerables procesos orgánicos; por ello, es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición adecuada, permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más sólida (42).

La dieta desempeña un papel importante en la salud, las enfermedades cardiacas y algunos tipos de cáncer están directamente relacionados con la conducta dietética; además de constituir un riesgo indirecto de enfermedad mediante su efecto en el peso y la obesidad. De acuerdo con las recomendaciones nutricionales, una dieta adecuada debe ser variada conformada por alimentos de los distintos grupos, los cuales se componen de macronutrientes (carbohidratos, proteínas, lípidos) y micronutrientes (minerales y vitaminas); ya que no existe un alimento que contenga todos los nutrientes esenciales para el organismo, de manera que cada alimento contribuye de una forma especial puesto que cada uno tiene una función diferente. Por consiguiente, para gozar de buena salud, el organismo necesita de todos ellos en cantidades adecuadas (43) (44).

**Hábitos nocivos:**

**Consumo de tabaco:** La Organización Mundial de la Salud, refiere que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, el cáncer, las enfermedades pulmonares y cardiovasculares (45).

El tabaco actuaría activamente en el sistema simpático, aumentando la producción de endotelina y mediante la alteración de los mecanismos de vasodilatación relacionados con la célula endotelial. Tres trabajos de diabetes mellitus 1 y dos en diabetes mellitus

2 han correlacionado el consumo de tabaco con la nefropatía diabética (46).

**Consumo de alcohol:** El consumo de alcohol es una conducta social que se presenta en mayor proporción en hombres que en mujeres (47) (48).

Se ha señalado que el alcohol tiene efectos diabeto/génicos en personas con diabetes mellitus tipo 2 que incluye aumento de la obesidad, la inducción de pancreatitis, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa presentándose periodos de hipoglicemia cuando se consume alcohol en forma excesiva y existen largos periodos de ayuno a causa de la ingesta, sin embargo, puede también producir hiperglicemia cuando se consume en menores cantidades o para acompañar los alimentos. Estudios en población con diabetes mellitus tipo 2 indican que el consumo de alcohol es causa de resistencia a la insulina. Por su parte algunos autores revelan que el consumo de alcohol en personas con diabetes mellitus evita la recuperación de la hipoglucemia, debido a la habilidad del alcohol para suprimir la lipólisis mencionan que el alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, produciendo tanto oxidación de la glucosa como almacenamiento, lo cual incrementa el riesgo mayor de complicaciones severas (49) (50).

**Actividad física:** La actividad física se refiere al movimiento del cuerpo, generado por los músculos del esqueleto, que requiere un gasto de energía y produce beneficios progresivos en la salud. Entre algunos ejemplos tenemos el caminar de la casa a la escuela, trabajo; subir las escaleras en lugar de usar el ascensor o escaleras eléctricas; llevar a cabo las labores del hogar y bailar (51).

Realizar actividad física de modo regular aproximadamente 30 min diarios y tres a más días de la semana ayuda en la prevención de patologías físicas y psicológicas, ya que proporciona beneficios protectores sobre la salud, disminuyendo el riesgo de padecer cardiopatías isquémicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis, cáncer de colon, obesidad, entre otros; mejorando el tono muscular. Además, aporta beneficios psicológicos como la estabilidad emocional, permite reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimula la autoestima, mejora la claridad mental, el rendimiento académico y la responsabilidad tanto personal como social (52).

Por otro lado, la inactividad física y los hábitos negativos de vida representan una seria de amenaza para la salud. El movimiento y la actividad física son funciones básicas para las cuales el organismo fue creado. Sin embargo, los avances tecnológicos han

eliminado la necesidad de tener actividad física en nuestra vida diaria. Por tanto, ésta ha dejado de ser una parte natural de la vida (52).

El ejercicio del adulto con diabetes es algo tan variable y sujeto a matices como la misma diabetes tipo 2. Hay diabéticos adultos obesos y con normo peso, diabéticos sedentarios y deportistas, con más edad y con menos, los hay que sólo tienen diabetes y los que tienen además de diabetes otras patologías limitantes: cardiorrespiratorias, locomotoras, psicológicas, etc. Esta variable hace que no podamos generalizar el enfoque de la actividad física en estos pacientes. Habrá por tanto que ir tratando cada matriz por separado y, de alguna forma, intentar sincronizarlos en el nexo de unión común que será la diabetes.

El ejercicio físico reglado adquiere una importancia primordial como mecanismo para conseguir, junto con el tratamiento insulínico y la dieta, un control diabético adecuado. Con el ejercicio, por lo tanto, ayudará también el peso recomendable y un volumen y tono muscular adecuados y al desarrollo de hábitos saludables y a la potenciación de su autoestima (52).

**Adherencia terapéutica:** Es la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento acorde con un plan de cuidado que beneficia su salud y que, a menudo, se asocia a la toma de medicamentos, al cumplimiento de las visitas programadas al centro de salud o a realizar cambio de hábitos y estilos de vida. Por otro lado, en 2004 la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) fusiono las definiciones de Haynes y Rand con la siguiente definición de adherencia terapéutica al tratamiento prolongado: “El grado en que el comportamiento de una persona, toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (53).

**Educación en pacientes diabéticos:** Uno de los puntos principales del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus consiste en la educación.

Los pacientes con diabetes mellitus deben recibir educación diabetológica a partir del momento del diagnóstico de su enfermedad y este apoyo educacional debe ser parte

integral del programa de su diabetes mellitus. Los cambios en el comportamiento llevados a cabo por el paciente son clave del éxito de la educación diabetológica y deben medirse y controlarse como parte del cuidado médico. La educación diabetológica debe incluir temas psicosociales, porque sentirse bien se asocia fuertemente con resultados positivos en el control de la diabetes (54).

**2.2.4. Estilos de vida saludable.**

Está definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de los individuos, grupos de poblaciones que generan satisfacción en las necesidades humanas, estas según Virginia Henderson son: la respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada, temperatura, higiene corporal, peligros ambientales, comunicación, creencias, trabajo, recreación y estudio; los que cuando son satisfechos permiten alcanzar un bienestar físico, social, y espiritual en los individuos.

Según Sigereste, la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y medios para el descanso y la recreación. Las conductas de salud están relacionadas con los estilos de vida del individuo y los hábitos que comúnmente realiza cuando está sano para prevenir la enfermedad (32).

Por otro lado, la Asociación Kallpa hace referencia a que las personas tienen estilos de vida saludable cuando adquieren conocimientos, mejoran actitudes y son capaces de asumir conductas de protección y de autocuidado de su salud (36).

**2.2.5. Estilos de vida no saludable.**

Son comportamientos, hábitos y conductas que adoptan las personas que ponen en riesgo su estado de salud, afectando su calidad de vida. Entre los estilos de vida no saludable se tienen: los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, el estrés, los hábitos tóxicos que son producidos por el consumo de sustancias nocivas (el tabaco, el exceso de alcohol), entre otros comportamientos no saludables que pueden ser

modificados para el beneficio de la salud; ya que, de lo contrario podrían provocar daños a corto, mediano y largo plazo (36).

**2.2.6. Adulto.**

Según Nassar y Abarca (1983) por adulto se entiende la existencia de un ser humano quien desde un punto de vista biológico se encuentra orgánicamente desarrollado; quien desde un enfoque económico, goza de independencia de sus padres y solvencia económica; quien desde una perspectiva psicológica, es capaz de responsabilizarse por sus actos y de producir o realizar un aporte al medio social en el que se desarrolla, al tiempo que presenta cualidades psicológicas con independencia de criterio (55).

Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad (56).

**2.2.7. Adulto mayor.**

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona; la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar (57).

La diabetes una afección que comienza casi siempre en la edad adulta y, sobre todo, después de los cuarenta años, se comprende por qué el prolongamiento de la longevidad general influye tanto en la incidencia de la diabetes (57).

**2.2.8. Diabetes mellitus.**

La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por tener altos niveles de glucosa (azúcar) en la sangre que las células del cuerpo no pueden utilizar, porque la hormona insulina no está funcionando adecuadamente. Los síntomas y alteraciones más comunes en el diabético son: aumento de la sensación de sed (polidipsia), aumento del apetito (polifágia), orinar con mucha frecuencia (poliuria), cansancio, mal humor, contraer frecuentemente padecimientos infecciosos, aumentar de peso (58).

**a. Clasificación de la diabetes.**

La clasificación de la diabetes mellitus, parte del año 1979 en el que el Grupo Nacional de Datos de la Diabetes (NDDG) fuera acepado por la OMS. Ya en 1997, tras 2 años de trabajo de una comisión de la OMS y de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), dieron a conocer los nuevos criterios clasificatorios que quedaron reducidos a

4 grupos (58).

**Diabetes tipo 1:** Tipo de diabetes mellitus en el que la destrucción de las células β del páncreas conducen una deficiencia absoluta de insulina. Representa entre el 5 – 10% de la DM y engloba a los antiguos conceptos de la diabetes infanto – juvenil o diabetes mellitus insulinodependiente.

**Diabetes tipo 2:** Es el tipo más frecuente, el 90% a 95% de las personas con diabetes mellitus. Patogénicamente, se caracteriza por la presencia de resistencia a la acción periférica de la insulina, secreción de insulina defectuosa o ambas. En el momento del diagnóstico suele haber una mezcla de ambas alteraciones y, etiológicamente, lo característico es la multifactorialidad con ausencia de destrucción autoinmune de las células β.

La obesidad abdominal está presente en más de 85% de los diabéticos tipo, siendo éstos precisamente los que entroncan, habitualmente, con el diagnóstico de síndrome metabólico y, por tanto, con la resistencia a la insulina como elemento fundamental en su patogenia.

**Otros tipos específicos de diabetes mellitus:** Este tercer grupo de clasificación de la diabetes mellitus reúne una serie de situaciones clínicas con diagnóstico de diabetes mellitus que no tienen relación entre ellas y que, en general, se apartan de la frecuencia e importancia de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

 Defectos genéticos de las células β.

 Defectos en la acción de la insulina de etiología genética.

 Enfermedades del páncreas exocrino.

 Endocrinopatías.

 Inducida por fármacos u otras sustancias químicas.

 Infecciones.

 Formas infrecuentes de diabetes mediada por inmunidad.

 Síndromes genéticos.

**Diabetes mellitus gestacional:** Este cuarto y último grupo en la clasificación de la diabetes está definido por la aparición de intolerancia a la glucosa e hiperglucemia de gravedad variable que específicamente no debe ser conocida antes del embarazo y debe manifestarse y ser diagnosticada durante el mismo. Esto no excluye que la paciente ya tuviese la intolerancia antes del embarazo, pero, en cualquier caso, no había sido diagnosticada (58).

**a. Diagnóstico de la diabetes mellitus:** Por tres vías diferentes llegamos al diagnóstico de Diabetes Mellitus (58):

**Glucosa plasmática en ayunas:** Si la glucemia plasmática en ayunas es ≥ 126 mg/dl es diagnóstica de diabetes mellitus. No obstante, en ausencia de una hiperglicemia inequívoca, es recomendable repetir la prueba otro día.

**Los síntomas de diabetes mellitus:** Poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y/o pérdida de peso y una glucemia plasmática en cualquier momento del día y sin relación con ayuno o ingesta previa ≥ 200 mg/dl son suficientes para el diagnóstico de diabetes mellitus.

**Glucemia plasmática:** A las 2 horas del TOSOG (test de sobrecarga oral a la glucosa) con 75g de glucosa ≥ 200 mg/dl. Este diagnóstico deberá ser confirmado y considerado provisional mientras tanto. Para la confirmación no debe usarse la hemoglobina glicosilada (HBA1c).

**b. Consecuencias de la diabetes:** La diabetes es una enfermedad que con el tiempo tiene como consecuencia otros padecimientos, entre ellos: disminución de la visión, neuropatías caracterizadas por pérdida de la sensibilidad en la piel, calambres, disminución de la fuerza muscular, úlceras en los pies y en las piernas debido a la falta de circulación sanguínea y al aumento del peso corporal. La persona diabética es más propensa a adquirir infecciones, sobre todo en las vías urinarias o en las heridas; ya que, su cicatrización es más lenta.

Cuando existe una atención oportuna, un control adecuado de la enfermedad y los niveles de glucosa en sangre son mayores a 250 – 300 mg/dl, este descontrol puede desencadenar una serie de complicaciones hasta llegar a presentarse un coma diabético e incluso la muerte (59).

**c. Tratamiento de las personas con diabetes.**

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca de las cifras normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. El tratamiento a seguir debe ser evaluado según el tipo de diabetes que se padezca. El ejercicio, la educación y la orientación al paciente diabético, así como la realización periódica de pruebas de laboratorio son elementos que conforman el tratamiento integral del paciente diabético (59).

**2.3. Variables de Estudio.**

- Factores sociodemográficos.

- Estilos de vida.

**2.4. Operacionalización de variables.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Definición conceptual** | **Dimensiones** | **Definición operacional** | **Indicadores** | **Valoración** |
| **Variable 1:**  Factores sociodemográficos | Conjunto de características sociales y  demográficas que presenta una población que permite conocer la distribución y progresión del estado de salud y enfermedad (22). | Social | Grado de Instrucción | - Analfabeto (a)  - Primaria  - Secundaria  - Estudios superiores no  Universitarios |  |
| Ocupación | - Dependiente  - Independiente  - Su casa |
| Estado civil | - Soltero  - Casado  - Conviviente  - Divorciado  - Viudo |
| Tipo de familia | - Nuclear  - Extendida. |
| Demográficos | Edad | - De 40 a 59 años de edad.  - De 60 a 79 años  - De 80 a más |
| Sexo | - Hombre  - Mujer |
| **Variable 2:**  Estilos de vida | Conjunto de patrones de  comportamientos, hábitos, actitudes identificables y modificables en el individuo, que tiene un efecto positivo o negativo sobre su salud (1). | Nutrición: | Frecuencia de consumo de  verduras | - Todos los días  - Algunos días  - Casi nunca | Estilos de vida  muy saludables (75-100)  Saludable (50-  74)  Poco saludable  (25-49) |
| Frecuencia de consumo de  frutas | - Todos los días  - Algunos días  - Casi nunca |
| Consumo de piezas de pan | - 0 a 1  - 2 |

29

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - 3 a más | No saludable  (0-24). |
| Consumo de tortillas por día | - 0 a 3  - 4 a 6  - 7 o más |
| Adición de azúcar a los  alimentos o bebidas | - Casi nunca  - Algunos días  - Frecuentemente |
| Adición de sal a los alimentos | - Casi nunca  - Algunos días  - Casi siempre |
| Consumo de otros alimentos  entre comidas | - Casi nunca  - Algunos días  - Frecuentemente |
| Consumo de alimentos fuera  de casa | - Casi nunca  - Algunos días  - Frecuentemente |
| Consumo extra de alimentos en  las comidas principales | - Casi nunca  - Algunos días  - Casi siempre |
|  |  | Actividad física | Frecuencia de ejercicio | - 3 o más veces por semana  - 1 a 2 veces por semana  - Casi nunca |  |
| Realización de actividades  fuera del trabajo | - Casi siempre  - Algunos días  - Casi nunca |
| Uso del tiempo libre | - Salir de casa  - Trabajos en casa  - Ver televisión |
| Consumo de alcohol | Hábitos de consumir bebidas  alcohólicas | - Nunca  - Rara vez  - 1 vez o más por semana |
| Número de bebidas alcohólicas  por vez | - Ninguna  - 1 a 2  - 3 o más |

30

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Información sobre diabetes | Número de pláticas asistidas  para personas con diabetes | - 4 o más  - 1 a 3  - Ninguna |  |
| Obtención de información  sobre diabetes | - Casi siempre  - Algunos días  - Casi nunca |
| Emociones | Frecuencia con que se enoja | - Casi nunca  - Algunas veces  - Casi siempre |
| Frecuencia con que está triste | - Casi nunca  - Algunas veces  - Casi siempre |
| Pensamientos pesimistas sobre  su futuro | - Casi nunca  - Algunas veces  - Casi siempre |
| Adherencia terapéutica | Esfuerzo para tener controlada  la diabetes | - Casi siempre  - Algunas veces  - Casi nunca |
| Consumo de dieta para  diabético | - Casi siempre  - Algunas veces  - Casi nunca |
| Toma de medicamentos para la  diabetes | - Casi nunca  - Algunas veces  - Frecuentemente |
| Cumplimiento de instrucciones  médicas | - Casi siempre  - Algunas veces  - Casi nunca |

31

**CAPÍTULO III**

**3. METODOLOGÍA**

**3.1.Tipo y Diseño de Estudio.**

Es un estudio de enfoque cuantitativo, porque usa la medición numérica y el análisis estadístico en las variables estudiadas. La investigación es descriptiva; ya que, busca especificar propiedades, características, rasgos del fenómeno estudiado en las unidades de análisis; además es de corte transversal porque se estudiaron las variables en un determinado tiempo y momento. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En esta investigación las variables que intervienen en el estudio ya han ocurrido o están ocurriendo y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables y no puede influir sobre sus efectos (60).

**3.2.Escenario de estudio.**

La investigación se llevó a cabo en el Centro Médico de Salud EsSalud de la Provincia y Distrito de Chota. Dicho Establecimiento, se encuentra ubicado en la Ciudad de Chota, la misma que corresponde al Distrito y Provincia de Chota. El presente cuenta con personal de Salud Médico, de Enfermería Obstetricia, Técnico tanto en Enfermería como en Laboratorio; asimismo personal en Nutrición, entre otros, en este se atienden personas aseguradas y su lugar de referencia es Lambayeque.

En el servicio de medicina, está a disposición de toda la población asegurada, en este servicio se atiende a pacientes con diversas patologías tanto agudas como crónicas y dentro de estas a los pacientes con el diagnóstico de Diabetes mellitus tanto de tipo

1 como 2, en los mismos que constituirán parte de la muestra de estudio según los criterios de inclusión.

**3.3.Población y Muestra.**

**3.3.1. Población.**

La población estuvo conformada por todos los pacientes que han sido diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2; siendo en un número de 33 y que son atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, en el periodo de enero a junio del 2016.

La información se recopiló teniendo en cuenta el padrón de registro de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el periodo de enero a junio del 2016, con residencia en el área urbana de la ciudad de Chota, en donde consignaba la información básica nombres y apellidos, edad, diagnóstico y dirección. La información fue recabada a través de la aplicación de dos instrumentos uno para la información de los datos sociodemográficos y la otra un cuestionario sobre los estilos de vida; estos fueron aplicados a través de la visita domiciliaria a cada uno de los pacientes, la misma que duro un promedio de 30 a 45 minutos, luego de firmar el consentimiento informado.

**3.4.Unidad de análisis.**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Centro Médico de Es Salud- Chota periodo enero a junio 2016.

**3.5.Criterios de inclusión.**

- Pacientes asegurados (as).

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.

- Pacientes con diabetes mellitus que acepten participar voluntariamente de la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.

- Paciente con diagnóstico de diabetes mellitus que viva en la zona urbana de la ciudad de Chota.

**3.6.Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.**

**3.8.1. Técnicas de recolección de datos**

Las técnicas que se aplicaron en la presente investigación es la entrevista.

**3.8.2. Instrumentos de recolección de datos**

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario, el cual no se modificó y se utilizó sin alterar sus ítems.

El cuestionario IMEVID el cual consta de 25 ítems, dividido en 7 dominios con

3 opciones de respuesta de valor 0, 2, 4, siendo este el valor más esperado. En total el cuestionario IMEVID suma 100 puntos y de acuerdo al puntaje se considera al estilo de vida muy saludable (75-100), saludable (50-75), poco saludable (25-49) y no saludable (0 a 24). El dominio de nutrición abarca las primeras nueve preguntas, las mismas que con la respuesta esperada suma 36 puntos. El dominio actividad física cuenta con tres preguntas que suman 12 puntos. El dominio de hábitos está conformado por cuatro preguntas suman 16 puntos. El dominio sobre información sobre la diabetes comprende dos preguntas que suman 8 puntos. El dominio sobre estado emocional tiene tres preguntas que suman 12 puntos y el dominio de adherencia terapéutica tiene 3 preguntas que suman 12. Cada uno de los dominios será clasificado de la misma manera general que se hizo con IMEVID (59).

**Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.**

López Carmona, J.M. y Cols, crearon el IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos), es un cuestionario específico, estandarizado, global y auto administrado. Este instrumento tiene validez lógica y de contenido, así como un buen nivel de consistencia interna y de fiabilidad test- retest. Debido a que no existe otro instrumento específico para la diabetes mellitus que pueda ser utilizado como estándar para probar su validez de

criterio. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,81 y coeficiente de correlación test-retest de 0,84 (61).

**Confiabilidad.**

Como el instrumento se aplicaría en una zona diferente a la ya aplicada en el estudio, antes de la aplicación del instrumento se determinó la confiabilidad interna del instrumento para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus, a través de una prueba piloto aplicándose el instrumento en

10 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas y que viven en la zona urbana de la ciudad de Chota. Dando como resultado ALPHA DE CRONBACH= 0.842, lo que indica un alto grado de confiabilidad o consistencia interna del instrumento o escala, luego se aplicó el instrumento a los pacientes que conformaron la muestra.

**3.7.Procedimiento para la Recolección de la Información.**

Para proceder a recoger la información, en primer lugar, se solicitó la autorización al director Centro Médico de EsSalud- Chota y al jefe del servicio de medicina como al personal de Enfermería encargado del mismo.

Luego se procedió a realizar un listado de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus según el registro de atención diaria del servicio de medicina, atendidos en el periodo de enero a junio del 2016, siendo un número de 33 los que correspondían a la zona urbana, ubicando su número de historia clínica y la dirección, con la finalidad de realizarle la visita domiciliaria para poder conversar explicarle el objetivo de la investigación y si estaba de acuerdo poder considerarlo como parte de la investigación y proceder a la aplicación del instrumento, previa orientación y firma del consentimiento informado del mismo.

**3.8.Procesamiento y Análisis de los Datos.**

**Procesamiento.**

Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete Sofware estadístico IBM SPSS para Windows versión 24. Luego se procesó utilizando el comando Análisis y subcomando frecuencias, obteniendo tablas de frecuencia absolutas y relativas porcentuales, los resultados fueron presentados en el programa Microsoft Word 16.

**Plan de análisis de datos.**

Para mejor interpretación y/o análisis de los resultados se utilizaron tablas simples y de doble entrada.

**Métodos estadísticos.**

Se utilizaron frecuencias simples para describir las características sociodemográficas, y estilos de vida; de los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 y que son atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, en el periodo de enero a junio del 2016.

**Análisis e interpretación de los resultados.**

Los resultados han sido confrontados con el marco teórico y los antecedentes sobre el tema para su discusión y análisis, permitiendo arribar a los objetivos formulados.

**3.9. Aspectos Éticos.**

Los principios éticos básicos en este trabajo de investigación son:

**Autonomía,** se respetó este principio, porque en ningún momento se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos ni el bienestar de los participantes; ya que, la información obtenida fue de carácter confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

**Beneficencia,** este principio se respetó porque se buscó que con los resultados del presente estudio se beneficien a cada uno de los participantes, permitiendo que puedan plantearse programas de intervención orientados a mejorar las prácticas de estilos de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

Principios que permitieron obtener el consentimiento informado de los participantes y que sus tres elementos: voluntariedad, información y compresión, hayan sido considerados. También implica tratar a los participantes de esta investigación no solo con respeto a sus decisiones, sino protegiéndolos de daños y asegurando su bienestar, lo que implica en primer lugar no causar consecuencias negativas y en segundo lugar maximizar beneficios (62).

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.**

**Tabla 1, Factores Sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico de EsSalud – Chota, Periodo enero – junio, 2016.**

**Factores Sociodemográficos Total**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N°** | **%** |
| **Edad:**  De 40 a 59 años | 16 | 48,5 |
| De 60 a 79 años. | 14 | 42,4 |
| De 80 a + | 3 | 9,1 |
| **Sexo:**  Hombre | 20 | 60,6 |
| Mujer | 13 | 39,4 |
| **Grado de instrucción:**  Analfabeto | 1 | 3,0 |
| Primaria | 6 | 18,2 |
| Secundaria incompleta | 3 | 9,1 |
| Estudios superiores no universitarios | 23 | 69,7 |
| **Ocupación:**  Trabajador dependiente | 6 | 18,2 |
| Trabajador independiente | 8 | 24,2 |
| Sin ocupación (jubilados) | 19 | 57,6 |
| **Estado civil:**  Soltero (a) | 5 | 15,1 |
| Casado (a) | 15 | 45,5 |
| Conviviente (a) | 1 | 3,0 |
| Viudo (a) | 12 | 36,4 |
| **Tipo de familia:**  Nuclear | 26 | 78,8 |
| Extensa | 7 | 21,2 |
| **Total** | 33 | **100,00** |

En la tabla 1, se observa en relación con los pacientes atendidos durante el periodo de enero a junio del 2016, en el Centro Médico de EsSalud de Chota que tenían como diagnóstico diabetes mellitus tipo 2; siendo un total de 33 según los criterios de inclusión.

Y, en cuanto a los factores sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo

2 tenemos. **C*on respecto a la edad****,* se observa que el 48,5% corresponde al grupo de adultos cuya edad es de 40 a 59 años y el 42,4% de los pacientes corresponden a los adultos mayores de 60 años a 79 y solo el 9,1% a los pacientes con diabetes mayor de 80 años.

Los resultados guardan correspondencia con el estudio de Paredes, N (23), en el cual pudo identificar que más de la mitad de los pacientes, representaban un 52,5% y pertenecían al grupo de adulto mayor; mientras que el 47,5% restante fueron adultos, con edades comprendidas entre 30 a 59 años. También con el estudio de Díaz; Arteaga y Arencibia (63), ellos refieren que la diabetes mellitus 2 resulta más frecuente en los grupos de edades de 50 a 79 años. De igual manera con los resultados de Ochoa y col (21), describen que el grupo de edades frecuentes fue de 50 a 79 años.

Así, los resultados encontrados en el presente estudio no guarda similitud con los referidos por Sender (22) , encontró el 75% de los pacientes eran mayores de 60 años. Asimismo, con el estudio de Osuna; Rivera; Bocanegra; et. al (64), quienes hallaron que la edad fue de 65 años con el 65,6%.

Pues, con relación a los resultados encontrados el mayor porcentaje de pacientes diabéticos se encuentra en el grupo etario de 40 a 59 años seguidos de los mayores de 60 años a más, según las referencias de los estudios reportados son las edades donde la diabetes mellitus tipo 2 se presenta con mayor frecuencia a diferencia de la diabetes tipo

1 que se presenta en los menores de 20 años. De ahí la importancia de trabajar en la detección temprana y en la práctica de estilos de vida saludables con la finalidad de disminuir la incidencia de los casos de diabetes que como se observa es una enfermedad degenerativa que va en aumento.

Pues, la diabetes mellitus en el Perú la prevalencia es de 1 al 8%, de la población general;

siendo Piura y Lima los departamentos más afectados 2,5% (1). Y el EsSalud reporta el

91,1% de casos de diabetes mellitus tipo 2 para el trimestre 2013 y en Chota constituye la 4ta causa de morbilidad con una tasa de 13,7% de atenciones (14).

En sentido general, se reporta un aumento en la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 durante las últimas décadas pudiendo deberse esto a mejores técnicas de detección, más conocimientos de la población que se auto diagnostica. Estas consideraciones hacen dudar si se trata de un incremento real de la enfermedad o es una falsa apreciación.

La importancia de la vigilancia de la diabetes se destaca como un problema de salud relacionado con la tendencia progresiva del envejecimiento poblacional. Para los adultos con edad inferior a 65 años, la diabetes también representa un serio problema, pues al presentarse la enfermedad que genera un mal control metabólico, estas personas tienen que convivir durante muchos años con las co-morbilidades consecuencia de la misma, interfiriendo en su expectativa y calidad de vida. A mayor edad y tiempo de diagnóstico aumenta la frecuencia de complicaciones tardías de la diabetes.

***En cuanto al sexo,*** que el 60,6% son hombres y el 39,4% mujeres.

Se observa que se presenta con mayor frecuencia en los hombres; resultados que son similares a los referidos por Romero, R; Vega Z (65), el mismo que refiere que en el

estudio realizado en Quetoro México el 45% de casos se presentaron en mujeres y 55%

en varones; siendo el mayor porcentaje de pacientes en ambos estudios varones.

Asimismo, los resultados, difieren de lo encontrado por Sánchez, T (66), donde el 71,1% son mujeres y el 28% hombres. Además, en el estudio realizado por Monzoneda; Lazo y Málaga (67), quienes hallaron que el 66% fueron mujeres. Además, lo referido por Miyar; Zanetti y Souza (68), en el cual el 71% fueron del sexo femenino. Igualmente, con lo referido por Mendizábal; Navarro; Ramírez, et.al (69), en el que la mayoría fue de sexo femenino 70,8% con relación al masculino 29,2%. También, con el estudio de Gomes R; Tarrago J (70), realizado en España quien encontró que el 52 % se dio en mujeres. De igual forma con lo reportado por Ochoa; Domínguez; Morejón (63), observó un fuerte predominio del sexo femenino con un 71,1% del total de diabético. Y, según la Dirección

General de Epidemiología (2012). El 62,1% de los casos notificados de diabetes mellitus fueron mujeres (29).

La frecuencia de la diabetes es casi la misma en los dos sexos, por debajo de los 30 años; después de los 40 años la diabetes predomina netamente en el sexo femenino, lo cual se puede atribuir a las siguientes causas: una mayor proporción de mujeres, influencia de trastornos hormonales en la edad critica, obesidad más frecuente y acentuada en la mujer, vida más sedentaria y sobrevida más prolongada en el sexo femenino (29). Además, se sustenta que el predominio de la diabetes tipo 2 en el sexo femenino, se da debido a la alta esperanza de vida en relación con los varones (3).

Y en cuanto a los resultados encontrados en el presente estudio, donde la mayor frecuencia de casos se da en los varones probablemente se deba a los estilos de vida no saludables que se practican en la zona; pues se observa que los varones frecuentemente consumen licor, fuman llevan una vida sedentaria y dentro de las prácticas alimentarias el mayor consumo de carnes rojas, grasas y además en su alimentación diaria no consumen mucha verdura y frutas. Esto se corrobora con los resultados sobre los estilos de vida encontrados los mismos que son comentados en la tabla 2.

***Con respecto al grado de instrucción****,* se observa que el 69,7% tienen estudios superiores no universitarios, el 18,2% primaria y solo el 3,0% son analfabetos. Los resultados guardan cierta similitud con el estudio de Montenegro y Requejo (71), quienes encontraron que el 78,6% tenían estudios superiores y el 17% primaria.

Asimismo, los resultados encontrados difieren de los referidos por Mendizábal; Navarro y Estrada (69), quienes encontraron que el 8% tenían educación superior. De igual forma con Otero; Zanetti y Souza (69), quienes hallaron que el 59,3% tenían primaria incompleta y Montenegro, L (71), que describe que el 55,6% manifestaron tener grado de instrucción secundaria. Tapia; Chirinos y Segarra (72), refieren que el 50,5% tenían primaria y el

30,5% secundaria, solamente el 9,5% superior.

En los resultados se encontró que la mayoría tenía estudios superiores, seguido de primaria y secundaria. Así la población con mayor nivel de escolaridad tiene un mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la diabetes y controlan mejor su

glicemia. A diferencia de los que tienen menos grado de instrucción, pero que a través de la cotidianidad ellos aprenden a sobrellevar la enfermedad siendo cuidadosos en el cumplimiento de las prescripciones médicas y acudiendo puntualmente a las citas, así la familia es un pilar de apoyo fundamental para estos pacientes.

En cuanto a los resultados del presente se puede observar que la mayoría de ellos tiene un grado de instrucción superior no Universitaria; pues en su mayoría son trabajadores jubilados muchos de ellos profesores de profesión, lo cual les da la facilidad de contar con su seguro, acudir a sus controles y tener vigilada su enfermedad, aunque los resultados demuestren lo contrario en cuanto a que muchos de ellos no acuden a las sesiones educativas donde se les orienta sobre las medidas de autocuidado a tener en cuenta.

***En relación con la ocupación,*** se observa que el 57,6% no tienen ocupación, son jubilados y trabajadores independientes el 18,2%.

Los resultados encontrados son similares a los referidos por Otero; Zanetti y Souza (68),

quien encontró que el 42,8 eran jubilados. Asimismo, Alegría y Guzmán (73), donde el

26,7% eran independientes y tenían su propio negocio.

Además, los resultados difieren con lo reportado por Montejo, M (74), quienes encontraron referente a la ocupación que el 57,9% se dedicaba a los quehaceres del hogar y el 25% eran independientes se dedicaban al comercio.

En cuanto a la ocupación la mayoría de los pacientes es una población económicamente no activa; pues la mayoría es jubilada y un menor porcentaje son independientes y dependientes.

Importante decir que las personas jubiladas busquen espacios en los cuales se encuentren en actividad; pues el sedentarismo contribuye a incrementar los factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2 muy asociada a la hipertensión; de ahí la importancia de la intervención de la familia cuyas relaciones son de suma importancia, intervención familiar y social de tal forma que la persona se encuentre en actividad. Lo contrario

sucede con los trabajadores independientes o dependientes pues estos se encuentran en constante actividad.

Además, siendo la población en estudio atendido por EsSalud; hay que resaltar que ellos cuentan con beneficios en la atención de salud como el participar en múltiples actividades preventivas recreacionales y de rehabilitación y estos beneficios de la atención involucran a todos los asegurados. Lo que se tendría que afianzar en la parte educativa es que ellos tienen que tomar conciencia de la importancia de tomar en cuenta las recomendaciones en cuanto al control de su enfermedad mucho más si se refiere a un grupo donde su grado de estudios es superior.

***En concordancia al estado civil,*** se observa que el 45,5% eran casados y el 15,1%

solteros.

Los resultados del presente estudio guardan cierta similitud con los resultados de los estudios citados, en cuanto a que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 eran casados. Así el estudio de Romero, R; Vega Z (65), quien encontró que el 50,8% eran casados. Asimismo, Tapia, Chirinos; Zegarra (72), donde el

72,4% eran casados o convivientes. Además, Sánchez, T (66), que describe que el 67,1% de la muestra total vivía con su pareja (casado o en unión libre) y Otero L, Zanetti y Souza (68), quienes hallaron que el 68,5% son casados.

Un ambiente familiar desfavorable puede interferir en el seguimiento del tratamiento. Hay que destacar que las familias organizadas y estructuradas brindan un ambiente más apropiado, como el apoyo al cuidado del paciente con diabetes, lo cual influye enormemente en el comportamiento frente a la enfermedad, lo cual obliga a colaborar en su control metabólico.

En el caso de los pacientes viudos constituye un factor que interfiere en el manejo de la diabetes, pues en algunos casos la pérdida del compañero provoca alteraciones de la salud, tales como depresión, y pérdida del deseo de vivir, lo que acrecienta el riesgo de las complicaciones en el paciente.

Importante resaltar en cuanto a los resultados que la mayoría de pacientes tienen como estado civil casados, esto le permite tener un soporte familiar tal como se comenta en los

estudios ello permite al paciente vivir en familia, tener a alguien que le ayude en la vigilancia de su tratamiento, control, alimentación, descanso, recreación entre otras actividades que en familia van a repercutir en su estado emocional, factor muy importante para sobrellevar y controlar esta enfermedad y sobre todo cuando se dan las complicaciones el paciente no está solo.

***Respecto al tipo de familia,*** según los resultados el 78,8% tiene una familia nuclear y el

21,2% familia extensa. Resultado importante para los pacientes porque el tener una familia nuclear favorece al paciente con diabetes mellitus, pues le permitirá tener el apoyo familiar en cuanto a su alimentación y la vigilancia del cumplimiento terapéutico, el soporte familiar es fundamental para la práctica de los estilos de vida, pues no serán igual estas prácticas en pacientes que vivan solos que tengan que alimentarse en una pensión.

La familia constituye un pilar fundamental para el paciente con diabetes mellitus; además que las personas que viven solas se las describe como las que tienen baja calidad de vida, lo que en el caso de los pacientes con diabetes mellitus perjudicaría su salud a medida que pasan los años y la enfermedad evoluciona.

**Tabla 2, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico de EsSalud – Chota, periodo enero - junio, 2016.**

**Estilos de vida Total**

**N° %**

Poco saludable

No saludable

Muy saludables

24 72,7

9 27,3

0 0,0

**Total 33 100,00**

En la tabla 2 se observa, en cuanto al estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, que el 72,7% sus estilos de vida son poco saludables y un 27,3% practican estilos de vida no saludables, ningún paciente presentó estilo de vida muy saludable.

Así los resultados difieren de los hallados por Cantú, M (75), quien encontró que el 29,23% consideraba tener un “buen estilo de vida”, porcentaje que correspondió a una clasificación “saludable” mientras que la mayor concentración se tiene con un inadecuado estilo de vida 70,77%, un 56,92% se caracteriza por una conducta “moderadamente saludable” y solamente el 13,85% de estos se catalogó como “poco saludables”.

También con lo referido por Alvares T; Bermeo M (11), refiere que el 57,2% de los pacientes diabéticos su estilo de vida fue saludable y el 41,4% muy saludable solo el 1,4% sus estilos de vida fueron poco saludables. De la misma forma, con el estudio de Montejo, M (74), pues encontró que el 56,5% tienen mal estilo de vida, el 69% son mayores de 60 años.

Muy importante los resultados de los estudios mencionados, aunque difieren con los encontrados en el presente, teniendo en cuenta que la práctica de estilos de vida saludables favorece a los pacientes lo cual va a ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad. Lo que no sucede con el grupo de pacientes en estudio donde las prácticas de los estilos de vida son poco saludables y no saludables, lo que va a repercutir en forma

negativa en el bienestar de los pacientes incrementándose las probabilidades de complicaciones disminuyendo su expectativa de vida.

De esta manera, Merino, J; Arriola E (76), en su estudio titulado: autocuidado en la persona diabética: impacto de un programa educativo de autocuidado sobre el estilo de vida de las personas con diabetes mellitus no insulinodependientes de IPSS, encontraron que la mayoría eran del sexo femenino que mostraban un estilo de vida inadecuado antes de desarrollar un programa educativo. Se demuestra la importancia de impartir educación al paciente respecto al manejo de su enfermedad pues esto es fundamental, tendrá los elementos teóricos a tener en cuenta en su vida diaria y ayudará a cambiar aquellos hábitos negativos que esté practicando.

En el estudio se halló que el mayor porcentaje de pacientes con diabetes tipo 2, tienen estilos de vida poco saludables; pues son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas; así el presente estudio se sustenta en la teoría del cambio en conductas de salud; dentro de ellas la de Bronfenbernner, esta es clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización. El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas; en esta estructura el nivel más cercano del individuo corresponde al microsistema, que es el inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo y hace referencia al conjunto de actividades, roles y relaciones sociales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno (26).

Asimismo, con el modelo de Nola J. Pender, referido en el marco teórico. Quien considera los factores cognitivos y perceptuales, junto con los factores modificados; esto se refiere al modelo de la promoción de la salud y los estilos de vida, que están divididos en factores cognitivos perceptuales, comprendidos como aquellas ideas, creencias concepciones, que tienen las personas y que las conducen a conductas determinadas, que favorecen su bienestar.

Así, la modificación de estos factores y la motivación que tienen para realizar estas conductas lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, definida por Nola Pender, como el potencial humano innato y adquirido a través de la conducta orientada hacia un objetivo, el autocuidado, las relaciones satisfactorias con los demás y los efectos del medio ambiente (26).

En los resultados del presente estudio se puede observar que los estilos de vida en la mayoría son poco saludables es probable que estén influyendo algunas prácticas de los pacientes; ***Así respecto a los estilos de vida en cuanto a la nutrición, (anexo 4: tabla 2)*** en el 45,5% son poco saludables; solamente en el 12,1% son saludables. El consumo de frutas en el 48,5% algunos días; entonces casi todos los pacientes tienen una práctica no adecuada a este consumo; asimismo el consumo de verduras el 51,5% lo hacen algunos días y el 3,0% casi nunca. Como se sabe el consumo de frutas y verduras es fundamental dentro de una alimentación sana contribuyen al aporte de vitaminas minerales además que son antioxidantes favoreciendo el control metabólico.

Asimismo, el consumo de pan no es limitado (anexo 3: tabla 1), el 42,4% consume 2 al día y un 18,2% de 3 a más al día. El consumo de tortilla al día de 0 a 3, en el 97,0%% de los pacientes, la práctica de adicionar azúcar a los alimentos el 78,8% casi nunca solamente el 3% lo hace frecuentemente. De igual manera la adicción de sal a los alimentos el 63,6% pero si el 12,1% casi siempre. El consumo de alimentos entre comidas el 33,3% frecuentemente y solo el 27,3% algunas veces. Se puede observar según los resultados que la mayoría de los pacientes comen alimentos entre comidas. Igualmente, el consumo de alimentos fuera de casa el 54,5% lo hace algunas veces y el 15,2% frecuentemente; además se puede observar que el 42,4% cuando termina de comer pide que le sirvan más.

Es sabido que el consumo de carbohidratos y azúcares no son favorables dentro de una alimentación balanceada mucho más si es un paciente con diagnóstico de diabetes, porque el adicional de estos se convertirán en grasas y si esto está aunado a que el paciente tiene

una vida sedentaria pues no le va a favorecer en el control de su peso generando el sobre peso y la obesidad (77).

El exceso de consumo de sodio en la dieta se asocia con mayor riesgo de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. En el 2010, se estimó que la ingesta de sodio en exceso fue responsable de 1,7 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares a nivel mundial. La principal fuente dietética de sodio a nivel mundial es la sal, sin embargo, también se puede encontrar en otras formas. La principal fuente de consumo de sodio en la dieta depende del contexto cultural y los hábitos alimenticios de la población, sin embargo, en muchos países la fuente principal son los alimentos procesados (77).

***En cuanto a los estilos de vida en cuanto a la actividad física,*** tenemos que en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el 36,4% son saludables, en el 33,3% poco saludable y en el 30,3% no saludable. Demostrándose que el 51,5% hace ejercicios 1 a 2 veces por semana y casi nunca el 12,1%. Como se puede observar un porcentaje representativo no practican ejercicios. Al mismo tiempo, el 57,6% manifiesta mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales de su trabajo solo el 3,0% refiere que nunca. El 54,5% manifiesta realizar trabajo en casa y el 36,4% refiere salir de casa y solo el 9,1% ve televisión.

Resultados que difieren de los encontrados por Paredes, N (23), el que manifiesta que el

85% de los pacientes con diabetes mellitus 2 presenta estilos de vida no saludables en cuanto a la actividad física. Asimismo, con Vega, M (24), donde el 56,1% su calidad de vida respecto a la actividad física es regular.

La inactividad física es uno de los diez factores de riesgo de mortalidad global, causando

3,2 millones de muertes por año. Los adultos mayores que no son suficientemente activos físicamente tienen 20% a 30% más de riesgo de mortalidad por cualquier causa en comparación con los que son suficientemente activos físicamente (al menos 15 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana). La actividad física moderada reduce el riesgo de enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebro vasculares, diabetes mellitus y cáncer de mama y de colon. Además, la actividad física regular es un

factor determinante del gasto de energía y por tanto es fundamental para el equilibrio de la energía, el control del peso y la prevención de la obesidad (77).

***Sobre los estilos de vida respecto al consumo de alcohol,*** el 57,6% tiene hábitos poco saludables y el 39,4% no saludables. Así el 42,4% refirió beber alcohol 1 vez por semana, el 18,2% rara vez, pues en su mayoría consumen alcohol lo cual es perjudicial para su salud. Así, mismo el 90,9% manifestó no fumar.

Resultados que no guardan similitud con lo encontrado por Rojas, M (20), donde el 100%

de los pacientes sus estilos de vida son saludables en cuanto al consumo de tabaco y con

90,6% en lo que corresponde a la ingesta de alcohol. De igual manera con Paredes, N (23), donde el 92,5% tienen estilos de vida saludables en cuanto a la ingesta de alcohol y consumo de tabaco.

El consumo de alcohol y tabaco es actualmente una de las principales causas de muertes evitables en el mundo. Los riesgos para la salud son resultado no sólo de consumo directo de tabaco sino también a la exposición pasiva al humo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus, y muerte prematura. Se estimó 6 millones de personas mueren anualmente por el consumo de tabaco, y más de 600 000 personas mueren debido a la exposición pasiva del humo de tabaco (77)

***Por lo demás, en cuanto a los estilos de vida respecto a la información sobre diabetes.*** El 48,5% de los pacientes tienen estilos de vida saludables solo el 9,1% son poco saludables. Según los resultados el 33,3% asistieron de 1 a 3 reuniones sobre diabetes, demostrándose el interés de los pacientes por conocer respecto a esta patología alcances que le sirven para poder controlar su enfermedad. Pero también hay un porcentaje representativo de pacientes 63,6% que no asisten a las sesiones educativas en quienes se tendría que trabajar de cerca y realizarles visitas domiciliarias. Además, el 54,5% algunas veces se interesan por obtener información respecto a la diabetes.

Resultados que difieren de lo encontrado por Paredes, N (23), quien encontró que el

95,0% los estilos de vida en cuanto a esta dimensión fueron no saludable.

Es importante implementar estrategias educativas basadas en los enfoques de Promoción de la Salud y Educación en Salud que permitan sensibilizar a los pacientes diabéticos, a sus familiares y a la población en general sobre la importancia que tiene las prácticas de estilos de vida saludables en la prevención, tratamiento y control de la diabetes y sus complicaciones; e incentiven a que la población modifiquen sus estilos de vida, adoptando estilos de vida saludables que les permita tener una calidad de vida y un buen estado de salud. Asimismo, detectar en forma oportuna a los pacientes diabéticos, educarlos y evitar las complicaciones que esta enfermedad genera cuando los pacientes no acuden a sus controles, no cambia sus estilos de vida, además no cumple con el tratamiento terapéutico.

***Respecto al estilo de vida en cuanto al manejo de las emociones, (anexo 8: tabla 6),*** el

36,4% tienen los estilos de vida poco saludables y solo el 12,1% muy saludable. Así los resultados revelan que el 54,5% algunas veces se enoja con facilidad demostrando que la mayoría. Aparte de que, el 60,6% algunas veces se siente triste probablemente le preocupe su estado de salud o las complicaciones que esta enfermedad generan y el 42,4% algunas veces tiene pensamientos pesimistas. El equilibrio emocional es fundamental en el paciente diabético; pues el estrés es uno de los factores para generar un desequilibrio fisiológico en el paciente permitiendo que los índices de la glucosa no se controlen (78),

Resultados que difieren a lo encontrado por Rojas, M (20), donde el 56,6% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, refieren tener estilos de vida saludable en cuanto al control de sus emociones. También con lo referido por Paredes, M (23), en que los pacientes el

95,0% tuvieron estilos de vida no saludables.

***Los estilos de vida en relación con la adherencia terapéutica****,* tenemos que el 60,6% no es saludable solo el 6,1% es saludable y el 3,0% muy saludable; así el 63,6% casi siempre hacen un esfuerzo por controlar la diabetes, el 69,7% casi siempre sigue una dieta para diabético y el 24,2% algunas veces. El 63,6% casi nunca se olvida de tomar los medicamentos solo el 3,0% lo hace frecuentemente y el 84,8% casi siempre sigue las

instrucciones médicas que se indican para su cuidado. La adherencia al tratamiento es de suma importancia pues estableciendo una disciplina tomando la medicación en forma oportuna y asistiendo a los exámenes de control estará el paciente contribuyendo al control de la enfermedad y evitando las complicaciones.

Los resultados que no guardan similitud con lo expresado por Paredes, N (23), el que manifiesta que el 87,5% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sus estilos de vida no son saludables en cuanto a la adherencia terapéutica.

Pues, los estilos de vida se encuentran influenciadas por la presencia de factores socioculturales propios de la población sea esta urbana o rural. También, los estilos de vida poco saludables resultan de un conjunto de decisiones de orden personal llevados de forma consiente por los pacientes, las cuales influyen negativamente en la salud de los pacientes. Además, se relacionan con las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes.

Laima, P (78), al respeto, establece que los pacientes diabéticos mientras se sientan bien de salud tienden a abandonar su régimen terapéutico y optan por practicar estilos de vida no saludables, resaltando que la modificación de los estilos de vida se realiza de acuerdo a la percepción que tiene de su estado de salud los pacientes diabéticos, pues la adopción de estilos de vida saludables en estos pacientes se manifiestan cuando se sienten enfermos y su estado de salud se encuentra alterado; entonces el cumplimiento del régimen terapéutico se relaciona con la practica con los estilos de vida.

Además, Facundo, L; Lara M; Vega G (79), en su estudio de investigación identifico que los pacientes diabéticos tienen estilos de vida no saludables, señalando que el sedentarismo y los hábitos nutricionales inadecuados fueron los que más predominaron, causando sobrepeso y obesidad en los pacientes alterando negativamente la calidad de vida de los pacientes. Al respecto, Quimares, A; López L; Montano J (80), encontraron que en la mayoría de los pacientes estudiados tuvieron un índice de masa corporal mayor de 30, demostrando que estos pacientes no llevan buenos hábitos alimenticios y por ende, practicaron estilos de vida no saludables, refiere que los pacientes con diabetes tipo 2

tienen prácticas de estilos de vida no saludables debido a que no reciben educación para la diabetes y desconocen las complicaciones de su enfermedad y los cuidados que deben tener para su prevención.

Creemos que un factor que puede influir en estos dominios es la edad de los pacientes, en el estudio el 67,7% de los pacientes es mayor de 65 años. Esto puede influir en el estilo de vida debido a que, a menor edad los pacientes no sufren sintomatología marcada o no palpan de cerca las consecuencias de su enfermedad, por lo cual no cuidan lo suficiente de su alimentación y de su estilo de vida en general.

Por otro lado, la edad influye en el estado emocional, los pacientes que se enojan con facilidad tienen episodios de tristeza y pensamientos pesimistas. Esto se debe a que el adulto mayor en esta etapa de la vida se enfrenta a cambios emocionales: la jubilación el tomar conciencia de que su padecimiento puede alterar su periodo de vida y producirles complicaciones graves y darse cuenta de que están llegando al final del ciclo vital.

Evidenciándose que a pesar de los esfuerzos que hacen los profesionales de la salud y especialmente de enfermería buscando la adopción de estilos de vida saludables en la población en general, y en el caso específico de los pacientes diabéticos; los resultados que se observan no son los alentadores pues las medidas ejecutadas resultan ineficaces; pues la población estudiada presenta estilos de vida poco saludables y no saludables; por lo que se considera continuar con las acciones emprendidas, las sesiones educativas, el control médico, el seguimiento domiciliario y otras actividades de promoción para la salud, necesarios para empoderar a la población especialmente a los diabéticos sobre la importancia de la práctica de estilos de vida saludable, para prevenir las complicaciones de la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

**Tabla 3, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según edad.**

**Centro Médico de EsSalud – Chota, periodo enero – junio, 2016.**

**Edad**

**Estilo de vida poco**

**saludable**

**Estilo de vida no**

**saludable**

**Total**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N°** | **%** | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| De 40 – 59 años | 14 | 87,5 | 2 | 12,5 | 16 | 100,0 |
| De 60 – 79 años | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100,0 |
| De 80 años a más | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| **Total** | **24** | **72,7** | **9** | **27,3** | **33** | **100,0** |

En la tabla 3, se observa sobre los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la población de 40 a 59 el 87,5% tienen estilos de vida poco saludables, seguido del 71,4% que corresponde al grupo etáreo de 60 a 79 años. Mientras que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 80 años a más el 100,0 % tiene estilos de vida no saludables, seguido de los pacientes diabéticos de 60 a 79 años, con el 28,6% y el 12,5% que corresponde a edades de 40 a 59 años.

Resultados que no guardan similitud con el estudio realizado en Chota por Paredes, H (25), encontró que los pacientes de 40-59 años el 80% tienen estilos de vida saludables, seguido del 64% que corresponde al grupo etario de 60 a 79 años. Mientras que los pacientes diabéticos de 80 a más el 100% tienen estilos de vida poco saludables, seguido del 36% que corresponde al grupo etáreo de 60 a 79 años.

Así, los estilos de vida son fundamentales para mantener la salud de los individuos y sobre los cuales tienen la capacidad de control y ayuda a prevenir las enfermedades crónicas degenerativas las mismas que causan la enfermedad, invalidez o muerte; así en los resultados de la presente se observa que los estilos de vida poco saludables se dan en los pacientes de 65 años a más.

Por tanto, está evidenciando que los pacientes, familiares o quienes están cerca ellos no toman un rol preponderante en el cuidado del paciente son evidentes los esfuerzos del personal de salud especialmente de enfermería, pero no suficientes, se necesita que enfermería utilice en la práctica nuevos modelos de atención centrados en la gerencia del cuidado de tal forma que permitan mantener la continuidad en el cuidado, asegurar la calidad de la atención y evitar costos innecesarios.

Los pacientes que presentan estilos de vidas poco saludables o no saludables probablemente sus prácticas nutricionales, el ejercicio, el manejo de sus emociones no son saludables; sin embargo, es importante tener en cuenta que con la participación de la familia y la toma de conciencia de los pacientes sobre las complicaciones a los que ellos están propensos estas prácticas no saludables o poco saludables pueden ser revertidos.

El aumento de la diabetes según la OMS se dará en el mundo teniendo en cuenta que para que para el 2000 se contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera para el año 2030, que la suma se incremente a 366 millones. Prueba de ello es que en EE. UU, se diagnostican anualmente 800 000 nuevos casos; siendo frecuentemente ancianos, pues más del 50% de las personas mayores de 65 años padecen algún grado de intolerancia a la glucosa. Y según las referencias del MINSA en el Perú – estrategias de prevención en el año 2012, se han estimado en promedio que 5 de cada 100 personas son diabéticas y de estas la mitad no lo sabe, por lo tanto, es necesario llegar a conocer los factores de riesgo y complicaciones para hacerles frente a esta enfermedad (13).

La prevalencia de la diabetes ha aumentado en las últimas décadas como consecuencia de una serie de factores entre los cuales se debe mencionar la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo, constituyendo un problema de salud pública, al cual se le debe dedicar atención y tiempo para prevenir y tratar precozmente las complicaciones de la enfermedad, siendo enfermería quien cumple un rol trascendente en el cuidado inmediato y mediato del paciente diabético.

**Tabla 4, Estilos de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, según sexo**

**Centro Médico de EsSalud - Chota periodo enero – junio 2016.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEXO** | **Estilo de vida poco**  **saludable** | **Estilo de vida**  **no** |  | **Total** |
|  |  | **saludable** |  |  |
|  | N° % | N° % | N | % |
| Hombre | 14 70,0 | 6 30,0 | 20 | 100,0 |
| Mujer | 10 76,9 | 3 23,1 | 13 | 100,0 |
| **Total** | **24 72,7** | **9 27,3** | **33** | **100,0** |

En la tabla 4, se observa sobre los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que el 76,92% tienen estilos de vida poco saludables y corresponde a las mujeres y los varones con el 70%. Mientras que el 30% que tienen estilos de vida no saludables son varones y el 23,08% mujeres.

Observándose en los resultados que el mayor porcentaje de mujeres sus estilos de vida son poco saludables. Así en el trabajo realizado por Paredes, H (25), en Chota, sobre los estilos de vida en pacientes diabéticos tipo 2, se encontró que los estilos de vida en el

64,3% fueron poco saludables y correspondía al sexo masculino y el 45,2% al sexo femenino y en el 54,8% de las mujeres sus estilos de vida fueron saludables y en los varones correspondió el 35,7%. Lo coincidente con lo encontrado en el presente es que en ambos estudios el mayor porcentaje de estilos de vida poco saludables corresponde al sexo masculino.

En las mujeres probablemente influyen algunos factores como el descuido en la dieta, el poco control emocional, los cambios hormonales y por las mismas tareas en el hogar y en el varón, posiblemente este desatendiendo su medicación asimismo el sedentarismo, también el consumo de alcohol y tabaco entre otros factores.

**Tabla 5, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según grado de**

**instrucción. Centro médico de EsSalud - chota, periodo enero – junio 2016.**

**Grado de**

**instrucción**

**Estilo de vida poco**

**saludable**

**Estilo de vida no**

**saludable Total**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **N°** | **%** | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| Analfabeto |  | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 |
| Primaria |  | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 |
| Secundaria |  | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 | 100,0 |
| Superior | no | 7 | 30,4 | 16 | 69,6 | 23 | 100,0 |

universitaria

**Total 24 72,7 9 27,3 33 100,0**

En la tabla 5 se observa en referencia a los estilos de vida en los pacientes con diabetes que en el 100% de pacientes con primaria son poco saludables, asimismo el 83,3% que tienen primaria y el 66,7% con secundaria. Mientras que el 69,6% de los que tienen estilos de vida no saludables tiene superior no universitario de igual forma el 33,3% con grado de instrucción secundaria.

Según los resultados del estudio realizado en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota por Paredes, H (25), refiere que el 57,1% de los iletrados tenían estilos de vida poco saludables, seguido del 52,9% con primaria incompleta y el 50,0% de pacientes con secundaria incompleta y completa respectivamente.

Lo concordante con los resultados del presente estudio en relación con lo encontrado por Paredes, H (25), es que los iletrados y los de primaria; asimismo con secundaria tienen estilos de vida poco saludables, de suma importancia al haberse realizado estos estudios en la misma área; pero con pacientes atendidos en diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Se puede decir que el mayor porcentaje de pacientes con grado de instrucción primaria sus estilos de vida son poco saludables, seguidos de los que tienen superior no Universitaria, y no saludables los que tienen secundaria y superior no Universitaria. Estas

evidencias incrementan el riesgo de que la enfermedad avance y con ello que se generen las complicaciones en forma rápida, motivo porque los pacientes aun los que tienen grado de instrucción superior no están dispuestos a cuidar su salud, a mejorar sus estilos de vida y siendo responsables de vigilar el control de su enfermedad; siendo muy importante que se tenga que trabajar aún más con los pacientes y la familia en la parte de información especialmente de las complicaciones, riesgos y el control de la enfermedad.

**Tabla 6, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según ocupación. Centro Médico EsSalud – Chota, periodo enero – junio 2016.**

**Ocupación**

**Estilo de vida poco**

**saludable**

**Estilo de vida no**

**saludable**

**Total**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N°** | **%** | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| Trabajador dependiente | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 6 | 100,0 |
| Trabajador independiente | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | 100,0 |
| Sin ocupación (Jubilados) | 13 | 68,4 | 6 | 31,6 | 19 | 100,0 |
| **Total** | **24** | **72,7** | **9** | **27,3** | **33** | **100,00** |

En la tabla 6, se observa que el 87,5% de los pacientes con estilos de vida poco saludables y son independientes; seguidos del 68,42% no tienen ocupación, son jubilados y el 66,7% trabajador dependiente. Mientras que el 33,3% de los pacientes con estilos de vida no saludables son trabajadores dependientes y el 31,6% sin ocupación son jubilados y el

12,5% independientes.

Según los resultados de Paredes, H (25), refiere que el 69,2% que se dedican a otras actividades tienen estilos de vida poco saludables, asimismo los comerciantes con el 33%. Guardando cierta similitud con lo encontrado en el presente estudio donde los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con ocupación independiente, son los que tienen en un mayor porcentaje los estilos de vida poco saludables.

Según los resultados encontrados son los que no tienen ocupación (jubilados), trabajadores independientes los que tienen estilos de vida poco saludables; mientras que los trabajadores independientes y dependientes tienen estilos de vida no saludables.

Se puede decir que los que no tienen ocupación (jubilados), son los que tienen prácticas poco saludables en cuanto a la alimentación, actividad física entre otras, por tener mayor tiempo libre probablemente no puedan regirse a una dieta rigurosa el compartir con amigos, los compromisos de familia; pues el 66,7% de los pacientes son casados, además viven en familia.

Pero existe un porcentaje de trabajadores dependientes e independientes que genera una preocupación porque sus estilos de vida no son saludables generándose riesgos en su salud futura al no controlar su enfermedad; probablemente su misma actividad no le permite cuidar su alimentación, el ejercicio, la estabilidad emocional y su propio tratamiento.

Es importante que el paciente diabético adopte una conducta positiva sabiendo su diagnóstico ello le ayudara a sobrellevarla, pero ello requiere educación saber más de su enfermedad y prácticas estilos de vida saludables.

**Tabla 7, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según estado**

**civil. Centro Médico EsSalud – Chota, periodo enero – junio 2016.**

**ESTADO CIVIL**

**Estilo de vida poco**

**saludable**

**Estilo de vida no**

**saludable**

**Total**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N°** | **%** | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| Soltero (a) | 4 | 80,0 | 1 | 20,0 | 5 | 100,0 |
| Casado (a) | 11 | 73,3 | 4 | 26,7 | 15 | 100,0 |
| Conviviente (a) | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 |
| Viudo (a) | 8 | 66,7 | 4 | 33,3 | 12 | 100,0 |
| **Total** | **24** | **72,7** | **9** | **27,3** | **33** | **100,00** |

En la tabla 7, se observa que el 100% de los pacientes con estilo de vida poco saludables son convivientes, seguido del 80,0% que son solteros; el 73,33% casados y el 66,66% viudos. Mientras que el 33,33% de los pacientes con diabetes son viudos y tienen estilos de vida no saludables; el 26,7% casados.

De la misma forma, en el estudio sobre estilos de vida de los pacientes diabéticos realizado en Chota por Paredes, H (25), encontró que el 75% de los divorciados tienen estilos de vida saludables, seguido de la población de estado civil casados con el 69,2%; asimismo con los diabéticos viudos 18,8%. Mientras que los pacientes diabéticos viudos, el 81,3% tenían estilos de vida poco saludables, seguido de los pacientes diabéticos solteros el 50% tienen estilo de vida poco saludables, y con un porcentaje significativo de los pacientes diabéticos divorciados, el 25% tienen estilos de vida poco saludables.

Estos resultados guardan alguna concordancia con lo encontrado en cuanto que los pacientes diabéticos viudos tienen estilos de vida poco saludables y no saludables, asimismo los solteros incrementando las posibilidades de complicaciones si no cambian de estilos de vida y se preocupan por sobrellevar adecuadamente el tratamiento y control de la enfermedad.

En los resultados del estudio se puede evidenciar que los pacientes diabéticos con estilos de vida poco saludables sobresalen los convivientes y los solteros, mientras que los viudos y los casados sus estilos de vida son no saludables.

Esto probablemente se debe a que los convivientes y solteros viven solos ellos mismos se atiendan y por cuestiones de trabajos o compromisos descuidan su alimentación entre otros; así como los viudos. Esto se sustenta en la teoría de autocuidado la misma que es una función humana importante y reguladora que aplica cada persona de forma deliberada, para sí misma con la finalidad de mantener su vida, su estado de salud, desarrollo y bienestar.

Hoy en día el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad es una tarea que necesita compromisos tanto del personal de salud como del paciente mismo y la familia. La enfermera o enfermero deben dirigir su mirada cautelosa y de acción hacia la labor preventiva y de esta manera estaríamos contribuyendo a disminuir los casos de diabetes mellitus tipo 2. La labor de enfermería es esencial para fomentar y promover estilos de vida saludables en la población, principalmente en la de riesgo, por lo tanto, es vital que el manejo de enfermería se realice con eficacia.

**Tabla 8, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según tipo de**

**familia. Centro Médico EsSalud – Chota, periodo enero – junio 2016.**

**TIPO DE FAMILIA**

**Estilo de vida poco**

**saludable**

**Estilo de vida no**

**saludable**

**Total**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **N°** | **%** | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| Nuclear |  | 18 | 69,2 | 8 | 30,8 | 26 | 100,0 |
| Extendida |  | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 7 | 100,0 |
|  | **Total** | **24** | **72,7** | **9** | **27,3** | **33** | **100,00** |

En la tabla 8, se observa que el 85,7% de los pacientes con estilo de vida poco saludables tiene una familia extendida, seguido del 69,2%% que es nuclear. Mientras que el 30,8%

de los pacientes con estilo de vida son no saludable y tiene una familia nuclear.

Resultados que guardan cierta similitud con el estudio de Sender y Col (22), en cuanto a que el mayor porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el 71,0% su familia era nuclear. Según los antecedentes revisados y citados no hacen hincapié en cuanto al tipo de familia en los pacientes que sufre la diabetes mellitus; sin embargo, en el análisis de los estudios hacen mención en cuanto a la importancia de la familia considerándola como pilar muy importante en cuanto al soporte del paciente diabético en referencia al llevar una alimentación sana, cumplimiento de la terapéutica, el control de las emociones, entre otros aspectos.

Por tanto, en el presente se consideró de importancia tener en cuenta el tipo de familia, y los resultados son preocupantes pues los pacientes cuya familia es extendida y nuclear sus estilos de vida son poco saludables y en cuanto a la práctica de estilos de vida no saludable el mayor porcentaje corresponde a la familia nuclear. Resultado a tener en cuenta para la educación respecto al manejo de la enfermedad; ya que, debe involucrar a los integrantes de la familia, si el paciente va solo a su control casi nada puede lograr en cuanto a su cuidado porque no cuenta con el apoyo importante de la familia mucho más si ya es de una edad avanzada.

**CONCLUSIONES.**

1. En cuanto a las características sociodemográficas tenemos que la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tienen entre 40 a 59 años; corresponden al sexo masculino; tienen estudios superiores, sin ocupación (son jubilados), estado civil casados y de familia nuclear.

2. Los estilos de vida de la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, son poco saludables.

3. En cuanto a los estilos de vida y los factores sociodemográficos en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tenemos:

En la mayoría corresponde a las edades de 40 a 59 años, con estilo de vida poco saludable con el 87,5% mientras que el 28,6% de los pacientes de 60 a 79 años tienen estilos de vida no saludables; el 76,9% de las mujeres tienen estilos de vida poco saludables.

En cuanto al grado de instrucción el 83,3% tiene primaria y su estilo de vida es poco saludable y el 69,6% de los que tienen superior no universitario su estilo de vida es no saludable.

Respecto a la ocupación el 87,5% son independientes, tienen estilo de vida poco saludable; mientras que el 33,3% son dependientes y su estilo de vida es no saludable.

En cuanto al estado civil el 100% de los convivientes tienen estilos de vida poco saludables y el 33,3% de los viudos su estilo de vida es no saludable.

**RECOMENDACIONES.**

Al personal de salud del centro médico ESSALUD – Chota.

1. Fortalecer el buen estilo de vida que llevan los pacientes para lo cual es necesario continuar educándolos con sesiones informativas. Es importante educar a los familiares de los pacientes sobre cómo llevar un buen estilo de vida.

2. Implementar programas educativos dirigidos a la prevención y control de la diabetes mellitus tipo II, dirigido a pacientes de 20 años a más.

3. Formular y promover programas educativos sobre la promoción de los estilos de vida en general.

A la Universidad Nacional de Cajamarca.

4. Continuar con el desarrollo de investigación en la misma línea con el enfoque cuanti – cualitativo.

5. Diseñar y ejecutar programas educativos para adultos en enfermedades crónicas degenerativas, dentro de ellas la diabetes.

A los familiares.

6. Ayudar a sus familiares a mantener un buen estilo de vida acompañándolos en sus actividades de control y tratamiento de su enfermedad como la participación en los talleres, sesiones educativas y consultas medias programadas.

A las personas con diabetes mellitus tipo 2.

7. Cumplir con su plan dietético y realizar actividad física para reducir el daño metabólico y cardiovascular al que se encuentran expuestos.

8. Poner en práctica estilos de vida saludables que les permita un buen estado de salud y prevenir en forma oportuna las complicaciones de la diabetes.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cruz J; Figueroa M; Jimenez J; Lagunas A. *Estilo de vida y el control metabólico en diabéticos del programa diabet/mss.Ga. med mex.* [En Línea].; 2014 [citado 08 enero 2015. Disponible en URL: [http://www.ammm.org.mx/mm/2014/nl/mm-150-](http://www.ammm.org.mx/mm/2014/nl/mm-150-2014-1-029-039.pdf.)

[2014-1-029-039.pdf.](http://www.ammm.org.mx/mm/2014/nl/mm-150-2014-1-029-039.pdf.)

2. Ministerio de Salud (MINSA). *Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria*.

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Perú. 2012.

3. Organización Mundial de la Salud *(OMS). Prevención de las Enfermedades Crónicas: Panorama General.* [En Línea].; 2010 [citado 21 Agosto 2015. Disponible e[n: http://www.who.int/chp/chrnic\_disease\_report/overview\_sp.pdf.](http://www.who.int/chp/chrnic_disease_report/overview_sp.pdf.)

4. Seclén, S. *Aspectos Epidemiológicos y Genéticos de la Diabetes Mellitus en la Población Peruana*. [En Línea]. [citado 06 Junio 2015. Disponible en URL: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130x1996000400001&scrip=sci_arttext&tlng=pt)

[130x1996000400001&scrip=sci\_arttext&tlng=pt.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130x1996000400001&scrip=sci_arttext&tlng=pt)

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estilo de vida y Control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. [En Línea]. [citado 09 Junio 2015. Disponible en. URL:

[http://www.grin.com/es/e-book/281069/estilo-de-vida-y-control-metabólico-de- los-pacientes-con diabetes-mellitus.](http://www.grin.com/es/e-book/281069/estilo-de-vida-y-control-metab%C3%B3lico-de-los-pacientes-con%20diabetes-mellitus)

6. Gómez, R. *Cambio en el Estilo de vida en Diabetes Tipo 2: Una leyenda urbana*.

Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo. Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. Rv. Venezolana. [En Línea]. [citado

09 Junio 2015. Disponible en URL:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?scrip=sci\_arttex&pid=S1690-](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S1690-311020113000200001)

311020113000200001.

7. Micheline A. La diabetes en el anciano. [En Línea].; Uruguay, 2007 [citado 17

Marzo 2018. Disponible en URL:

[http://www.sociedaduruguaya.org/201/07/diabetes-en-el-anciano.](http://www.sociedaduruguaya.org/201/07/diabetes-en-el-anciano)

8. Guerra M.et.al. Cuerpo Técnico. Escala diplomados de salud pública. Opción

Enfermería de la Administración Regional de Murcia. Temario específico. Volumen

2.3º Ed. España: Mad S.L.Pág.213. 2010.

9. Miniisterio de Salud (MINSA). *Situación de las Enfermedades Crónica Transmisibles.*Tomo IV: Nutrición Clínica 2ª ed. Lima-Perú: Médica Panamericana. Pág. 43; 2010.

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles.* [En Línea].; Perú-2016 [citado 16 Marzo 2018. Disponible en URL:

[http://www.inei.gob.pe/media/MenaRecusrsivo/publicaciones\_digitale/Est/Lib/432](http://www.inei.gob.pe/media/MenaRecusrsivo/publicaciones_digitale/Est/Lib/432/index.html.)

[/index.html.](http://www.inei.gob.pe/media/MenaRecusrsivo/publicaciones_digitale/Est/Lib/432/index.html.)

11. Álvarez T; Bermeo M. *Estilo de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en Fundación Donum, Cuenca 2015*. Proyecto de Investigación previa a la obtención del Título de Médica. Cuenca Ecuador. 2016.

12. Álvarez L, Rosero N. Estilos de vida en pacientes con diabetes que acuden al Club del Hospital "Luis G. Dávila" de la Ciudad de Tulcán en el periodo mayo-junio del

2011. [En Línea].; 2011 [citado 23 Abril 2017.Disponible en URL:

[http://www.181.198.77.140:8080/bistream/123456789/193/1/002%20ESTILOS%2](http://www.181.198.77.140:8080/bistream/123456789/193/1/002%20ESTILOS%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20diabetes)

[0de%20vida%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20.](http://www.181.198.77.140:8080/bistream/123456789/193/1/002%20ESTILOS%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20diabetes)

13. Dirección de Salud Cajamarca (DIRESA). Gobierno Regional de Cajamarca.

Dirección General de Salud. Plan Operativo Institucional-2014. [En Línea].; 2014 [citado 23 Abril. Disponible en URL:

[http://www.direscajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/regionales/POI%](http://www.direscajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/regionales/POI%202012.pdf.)

[202012.pdf.](http://www.direscajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/regionales/POI%202012.pdf.)

14. Dirección de Salud Chota. *Análisis Situacional de Salud* (ASIS) 2011-2014.

Dirección de Epidemiología.

15. Centro Médico EsSalud. Chota. Oficina General de Estadística e Informática. 2015.

16. Infante, A. *“Calidad de vida y características sociales del adulto mayor con diabetes mellitus. EsSalud Chota-2014”.* [Tesis].; para optar el Título profesional de Enfermería. Chota: Unbiversidada Nacional de Cajamarca, Ciencias de la Salud. Escuela Académico profesional de Enfermería.

17. Parapar C y Fernández J. *Informe sobre envejecimiento*. [En Línea].; Madrid-2010 [citado 17 Marzo 2017. Disponible en URL:

<http://www.fgcsic.es/sites/deflault/files/InformesEnvejecimiento.pdf.>

18. Encuesta de diabetes, *hipertensión y factores de riesgo de enfermedads crónicas*. [En Línea].; 2009 [citado 18 Marzo 2018. Disponible en URL:

[http://www.paho.org/hon/index.pho?optio=com\_docman%view=downloand&cate gory\_slug=enfermedades-no-transmisibles&alias=136-encuesta-de-diabetes- hipertensión-y-factores-de-riesgo-de-enfermedades-cronicas&Itemid=211.](http://www.paho.org/hon/index.pho?optio=com_docman%25view=downloand&category_slug=enfermedades-no-transmisibles&alias=136-encuesta-de-diabetes-hipertensi%C3%B3n-y-factores-de-riesgo-de-enfermedades-cronicas&Itemid=211)

19. Fenco, M. *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. [En Línea].; Perú-2010 [citado 16 Marzo 2018. Disponible en URL:

[http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bistream/handle/cybertesis/1299/Fenco\_am.p df?sequence=1.](http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bistream/handle/cybertesis/1299/Fenco_am.pdf?sequence=1)

20. Rojas, M. Características Sociodemográficas-Clínicas y de Estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, que asisten a control de crónicos en el Hospital San Francisco E.S.S dela Ciudad de Ibagué los días 5,6,7 y 8 de julio del

2016. [En Línea].; Universidad de Tolima [citado 17 Marzo 2018. Disponible en URL: [http://www.repository.ut.edu.co/browse?type=authour&value=Rojas+Mac%C3%A DAS%2C+Mayra+Alexandra.](http://www.repository.ut.edu.co/browse?type=authour&value=Rojas+Mac%C3%ADAS%2C+Mayra+Alexandra)

21. Ochoa M, Diaz M, et.al. *"Caracterización Sociodemográfica y temporal de la diabetes mellitus Tipo 2*". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. [En Línea].; Cuba-2012 [citado 19 Noviembre. Disponible en URL:

[http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttex&pid=S1561-](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1561-3942012000600006)

3942012000600006.

22. Sender, M y Col "Características Sociodemográficas y Clínicas de una población de pacientes con dibetes mellitus". [En Línea].; 2012 [citado 21 Noviembre. Disponible en URL:

[http://www.elsevier.es/es-revista-atención-primaria-27-articulo-caracteristicas- sociodemográfias-clinicas-una-poblacion-13031471.](http://www.elsevier.es/es-revista-atenci%C3%B3n-primaria-27-articulo-caracteristicas-sociodemogr%C3%A1fias-clinicas-una-poblacion-13031471)

23. Paredes, H. *Estilos de vida de los pacientes con diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota -2015*. ".[Tesis].; para optar la Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad Ciencias de la Salud; 2015.

24. Vega , M. *Calidad de vida y los Factores Biosociales del adulto mayor con diabetes mellitus Tipo II. ES Salud- Cajamarca*. ".[Tesis]. para optar la Licenciatura en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca., Facultad Ciencias de la Salud;

2015.

25. Paderes, N. *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*. [Tesis].; para optar la Licenciatura en Enfermería. Universidad de Huánuco., Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.

26. Marc, Lalonde. Teoría Lalonde Estilos de Vida. Investigación en estilos de vida y sus implicancias para la Promoción de la Salud. [En Línea]. [citado 17 Marzo 2015. Disponible en URL:

<http://www.grupo.us.es/estudioshbsc/images/pdf/formacion/temas4.pdf>

27. Deber, A. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Mayland Estados

Unidos: OPS. 1991.

28. Galloso, C. *Principios, método y usos de la epidemiología*. Lima, Perú: Editorial

Jurídica S.A; 1975.

29. Demografía de los pacientes diabéticos, Uruguay. [En Línea]. [citado 24 Noviembre

2015. Disponible en URL:

[http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap2.pdf.](http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap2.pdf)

30. Takamire, S. *Estado civíl.* [En Línea].; 2011 [citado 10 Junio 2015. Disponible en

URL[: http://www.scielo.esciii.es/resp/v79n5/original14.pdf.](http://www.scielo.esciii.es/resp/v79n5/original14.pdf.)

31. Ramirez O; Ascanio M, et.al. Revista Ciencia y Cuidado. Colombia. [En Línea].;

2011 [citado 14 Junio 2015. Disponible en URL:

[http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OLAK5eDAdQJ:dia net.urioja.es/descarga/articulo/3853505.pdf+&cg=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe.](http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OLAK5eDAdQJ:dianet.urioja.es/descarga/articulo/3853505.pdf+&cg=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe)

32. Amat C; León G. Salud Comunitaria y Familiar en el Perú. Lima. 2008.

33. Mac Mahon B; Pugh T. *Principios y métodos de epidemiología*. México: La prensa

Médica Mexicana 1ª edición en español; 1965.

34. Ramos, C. Dirección General de Epidemiología (MINSA). Coordinador Nacional de la Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles. Boletín Epidemiológico diabetes. 2012.

35. Fuste, E. *Comportamiento y Salud:* España, Barcelona. Editorial Académica. 2010.

36. Del Águila, R. Consultor de OPS/OMS. Perú. *Promoción de estilos de vida saludables y Prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*. [En Línea].;

2012 [citado 17 Mayo 2015. Disponible en URL:

[http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111.](http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111)

37. Lip C; Rocabado F. *Determinantes sociales de la salud en el Perú*. BVS.Perú. [En

Línea].; 2005 [citado 07 Mayo 2015. Disponible en URl:

[http://www.bvsde.pho.org/bvsacd/cd42-pdf/cuaderno17.](http://www.bvsde.pho.org/bvsacd/cd42-pdf/cuaderno17)

38. Oblitas, L. Psicología de la salud y calidad de vida. México:Editorial Internacional;

2006.

39. Rojas M; Chumpitáz L. Gestión de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud, diploma de especialidad. Modo virtual- Estrategías para la Promoción de Estilos de Vida Saludable. Lima, Perú: Asociación Kallpa; 2008.

40. Perea, R. Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo. España.Ediciones Díaz de Santos, S.A. Pág 57,66, 2004.

41. Rosales, J. Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. España:Pirámide. 2004.

42. Botero, E. Boletín. Crinaza y Salud, consejos del Pediatra para su familia. Colombia: SPC. 2011.

43. Bowman, A. Conocimientos Actuales sobre Nutrición.Editorial ILSI. Washington, USA 2003.

44. Bennet, P. Psocología de la Salud. Ed.Pearson. Madrid España. 2008.

45. Escott, S. Nutrición y Dietoterapia.Ed Mc Graw Interamericana. México. 2001.

46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tabaquismo. [En Línea].; 2015 [citado

13 Myo.Disponible en URL[: http://www.who.int/topics/tabaco/es.](http://www.who.int/topics/tabaco/es)

47. Sabán, J. La diabetes mellitus como enfermedad sistémica: Control global de riesgo cardiometabólico. España. 2012: Díaz Santos.

48. Solis T, Aarón, Castillo A, et.al. *Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes Mellitus Tipo 2. SMAD*. Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol.5,núm.2. Brasil. 2009.

49. Avogaro, B. *Consumo de alcohol, perjudica la contra regulación de glucosa durante la hipoglucemia aguda en pacientes con diabetes mellitus*. Rev. Diabetes. [En Línea].; 1993 [citado 06 Junio 2015. Disponible en URL:

[http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313060005.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313060005)

50. Boden, G; Chen X; Desantis R, et.al. Effects of ethanol on carbohydrate metabolism in the elderly. Diabetes. [En Línea].; 1993 [citado 06 Junio 2015.Disponible en URL: [http://www.redaly.org/articulo.oa?id=80313060005.](http://www.redaly.org/articulo.oa?id=80313060005)

51. Werner, W. Ejercicio y Salud. México: Thomson; 2005.

52. Maya, S. Los estilos de vida saludables componentes de la calidad de vida México: ILSI; 2007.

53. Tebar F; Escobar F. La diabetes mellitus en práctica clínica. España: Médica

Panamericana; 2014.

54. Gimenez, J. Coaching nutricinal: Haz que tu dieta funcione. España. Penguin

Randon House. [En Línea].; 2015 [citado 04 Junio 2015.Disponible en URL:

[http://www.books.geoogle.com.pe/books?id=ImMpCAAAQBAJ&dq=adherencia+](http://www.books.geoogle.com.pe/books?id=ImMpCAAAQBAJ&dq=adherencia+terapeutica+definicio&source=gbs_navlinks)

[terapeutica+definicio&source=gbs\_navlinks.](http://www.books.geoogle.com.pe/books?id=ImMpCAAAQBAJ&dq=adherencia+terapeutica+definicio&source=gbs_navlinks)

55. Abarca, S; Nassar H. Psicología del Adulto. San José:EUNED; 1983.

56. Nuñez, L. Atención de enfermería al pre-escolar, esolar, adolescentes, loven, adulto sano y al trabajador. [En Línea]. [citado 05 Septiembre. Disponible en URL:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/pdvelado/prescolar.pdf.>

57. Psicología del adulto mayor. [En Línea].; 2013 [citado 04 Noviembre 2015

Disponible en URL:

[http://www.psadultomayor.blagspot.pe/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el- adulto.html.](http://www.psadultomayor.blagspot.pe/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html.)

58. Rivera, E. Diabetes Mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético,México, 2000.

59. Elsevier. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus Tipo

2. Validación por constructo del INEVID.. [En Línea].; 2004 [citado 21 Mayo

2015.Disponible en URL: [http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27- articulo-estilo-vida-control-metabolico-pacientes-13056494.](http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estilo-vida-control-metabolico-pacientes-13056494)

60. Hernandez, R. Metodología de la Investigación. Quinta ed. ed.: Mc Grall Hill; 2010.

61. López J; Ariza C, et.al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes diabéticos Tipo 2. [En Línea]. [citado 07 Mayo

2015.Disponible en URL[: http://www.scielo.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf.](http://www.scielo.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf.)

62. Cáceda, P. Ética y Deontología. Primera edición.Ed. Perú:De Filipis; 2010.

63. Dominguez MA;Arteaga Y; Diáz L. *Caracterización sociodemográfica y temporal de la diabetes mellitus Tipo 2*. Rev.de ciencias Médicas de Pinar del Rio; vol.16.nº06. 2012.

64. Osuna, M; Rivera, M; Lancheros, A et. *Caracterización de la diabetes mellitus Tipo*

*2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado*. Acta médica Colombia vol.39nº 4-octubre. 2014.

65. Romero R; Vega Z. *Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus Tipo 2.*

*Coordinación Delegacional de Salud Pública*. Instituto Mexicano del seguro Social. Queretano. Mexico. 2011; 49(2);125-136.

66. Sánchez, T. *Características Sociodemográficas, Clínicas y Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus que asisten al programa de sispensaristas. Puesto de Salud de la vida 23 de julio, León, 2013*. [Tesis]. Para optar el título de doctora en Medicina. y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad Ciencias Médicas-León. Madrid, 2013.

67. Monzoneda A; Porras M; Malaga G. *Actividad física en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus Tipo II de un Hospital Nacional del Perú*. Revista Peruana y medicina experimental y salud publica. [En Línea].; 2015 [citado 10 Mayo 2017. Disponible en URL:

[http://.www.Prmesp.jns.gob.pe/index.php/rpmes/article/view/1626/1807.](http://.www.prmesp.jns.gob.pe/index.php/rpmes/article/view/1626/1807)

68. Otero L; Zanetti M; Sousa C. *Características Sociodemográficas y Clínicas de una población diabética en el nivel primaria de atención a la salud.* Rev.Latino Americana, Efergamen 2007; vol 15. [En Línea]. [citado 10 Mayo 2015. Disponible en URL[: http://www.eerp.usp.br/rlac.](http://www.eerp.usp.br/rlac.)

69. Mendizabal T; Navarro N; Ramirez A, et.al. *Características Sociodemográficas y Clínicas de pacientes con diabetes Tipo II y microgiopatías anales de la Facultad de Medicina*, vol.71.nº.1. Enero-Marzo, 2010,pp.7-12.UNMSM.Lima Perú.

70. Gomes R; Tarrago J; Beleguer, A. *Calidad de vida y grado de control en diabéticos Tipo II atendidos en atención primaria*. Equipo de atención primaria. Centro de Salud Teruel rural.España.Rev.Calidad asistencia. 2009;24(1) 51-9.

71. Montenegro L;Requejo R. *"Practicas de Autocuidado y algunas características sociodemograficas de los adultos mayores con diabetes mellitus Tipo II.ESSalud- Chota-2010"*. [Tesis], para optar la Licenciatura en enfermería: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad Ciencias de la Salud; 2010.

72. Tapia G;Chirinos J;Zegarra M. Caracaterísticas Sociodemográficas y Clínicas de los pacientes diabéticos Tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

73. Alegría, G. Características Sociodemográficas-Clínicas y estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus Tipo II del Centro de Salud San Juan Iquitos, 2014.

74. Montejo, M. *Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: Correlación con el mpdelo Wallton*. [Tesis], Veracruz: Universidad Veracruzana, Salud Pública; 2009.

75. Cantú, M. *Estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus Tipo 2.* Rev electrónica nº27, octubre 2004-marz[o 2015. http://www.Revenf.ver-ac.er](http://www.Revenf.ver-ac.er).

76. Merino J; Arriola E. "Autocuidado en la persona diabética: Impacto de un programa educativo de autocuidado sobre estilo de vida de las personas con diabetes mellitus no insulino ependientes del IPSS distrito de Cajamarca". 2014.

77. Ministerio de Salud. (MINSA). R:M:229-2016/MINSA. "Lineamientos de Políticas y estrategías para la Prevención y Control de Enfermedades. No Transmisibles (ENT) 2016-2010".

78. Laima, P. *Conocimiento y relación con el cumplimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con dibetes mellitus en el Hospital Nacional Cayetano Heredia*. [Tesis]. Escuela de Enfermería. Padre Luis Tezza; 2012.

79. Facundo L;Lara M;Vega G. *Estilos de vida no saludables en pacientes de 39 años con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Unidad de Medicina Familiar 2002;4(2):74-82.

80. Quimares A;López L;Montano J. *Calidad de vida del paciente diabético*. Revista

Cubana Medicina Glu Integ.2000 16(1):50-56.

**ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación Titulada: Factores Sociodemográficos y Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de EsSalud- Chota, periodo enero-junio, 2016, es ejecutada por José Darwin Fernández Tarrillo, alumno de Enfermería de la Escuela Académico profesional de Enfermería de la Universidad nacional de Cajamarca, Sede- Chota. Tiene como objetivo: Determinar y analizar los factores sociodemográficos y los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico de Es Salud de Chota, periodo enero-junio, 2016. Su participación es totalmente voluntaria y se cumplirá con los principios de la ética, respetando la confidencialidad de su información y la veracidad de sus respuestas.

Lugar y fecha………………………………

Nombre y Apellidos:………………………………………….

………………………….. Firma o huella digital

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALD E.A.P. DE ENFERMERÍA**

Cuestionario para determinar los factores sociodemográficos y estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

El presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación, por lo que le solicito tenga la gentileza de responder todas las preguntas.

**Marque con un aspa (x) dentro de los paréntesis su respuesta. I. DATOS DEL ENCUESTADO**

**1.1. Sexo:**

( ) Hombre

( ) Mujer

**1.2.¿Cuántos años tiene a la fecha? Edad en años cumplidos…………**

( ) De 40 a 59 años

( ) De 60 a 79 años

( ) De 80 años a más.

**1.3.¿Qué nivel de educación tiene? Año de estudios concluidos……..**

( ) Analfabeto (a) ( ) Primaria

( ) Secundaria

( )

( ) Estudios superiores no universitarios

**1.4.¿Cuál es su ocupación?.........................................**

( ) Trabajador dependiente

( ) Trabajador independiente

( ) Su casa.

**1.5.Estado civil:** ( ) Soltero (a) ( ) Casado (a)

( ) Conviviente (a) ( ) Viudo (a)

**II. ESTILOS DE VIDA**

**Instructivo**

**CUESTIONARIO IMEVID (**López Carmona JM, et al: 2003**)**

Cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes mellitus. Le agradeceremos lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleje mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con X en el cuadro que contenga su respuesta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ítems** | **Opción de respuesta**  **0 2 4** | | |
| **1.** ¿Con qué frecuencia come  verduras? | Todos los días de  la semana | Algunos días | Casi nunca |
| **2.** ¿Con qué frecuencia come  frutas? | Todos los días de  la semana | Algunos días | Casi nunca |
| **3.** ¿Cuántas piezas de pan come  al día? | 0 a 1 | 2 | 3 a más |
| **4.** ¿Cuántas tortillas come al día? | 0 a 3 | 4 a 6 | 7 o más |
| **5.** ¿Agrega azúcar a sus  alimentos o bebidas? | Casi nunca | Algunas veces | Frecuentemente |
| **6.** ¿Agrega sal a los alimentos  cuando los está comiendo? | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre |
| **7.** ¿Come alimentos entre  comidas? | Casi nunca | Algunas veces | Frecuentemente |
| **8.** ¿Come alimentos fuera de  casa? | Casi nunca | Algunas veces | Frecuentemente |
| **9.** ¿Cuándo termina de comer la  cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más? | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre |
| **10.** ¿Con qué frecuencia hace al  menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro) | 3 o más veces  por semana | 1 a 2 veces por  semana | Casi nunca |
| **11.** ¿Se mantiene ocupado fuera de  sus actividades habituales de trabajo? | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |
| **12.** ¿Qué hace con mayor  frecuencia en su tiempo libre? | Salir de casa | Trabajos en  casa | Ver televisión |
| **13.** ¿Fuma? | No fumo | Algunas veces | Fumo diario |
| **14.** ¿Cuántos cigarros fuma al día? | Ninguno | 1 a 5 | 6 o más |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15.** ¿Bebe alcohol? | Nunca | Rara vez | 1 vez o más por  semana |
| **16.** ¿Cuántas bebidas alcohólicas  toma en cada ocasión? | Ninguna | 1 a 2 | 3 o más |
| **17.** ¿A cuántas pláticas para  personas con diabetes has asistido? | 4 o más | 1 a 3 | Ninguna |
| **18.** ¿Trata de obtener información  sobre la diabetes? | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |
| **19.** ¿Se enoja con facilidad? | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre |
| **20.** ¿Se siente triste? | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre |
| **21.** ¿Tiene pensamientos  pesimistas sobre su futuro? | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre |
| **22.** ¿Hace su máximo esfuerzo  para tener controlada su diabetes? | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |
| **23.** ¿Sigue dieta para diabético? | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |
| **24.** ¿Olvida tomar sus  medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina? | Casi nunca | Algunas veces | Frecuentemente |
| **25.** ¿Sigue las instrucciones  médicas que se le indican para su cuidado? | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |

**EL IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) López Carmona, J.M. y Colbs (2004)**

Muchas gracias

**ANEXO 3**

**Tabla 1, Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero-Junio 2016.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estilos de vida** | **Nº** | **%** |
| **¿Con qué frecuencia come verduras** |  |  |
| Todos los días de la semana | 15 | 5,5 |
| Algunos días | 17 | 51,5 |
| Casi nunca | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Con qué frecuencia come frutas?** |  |  |
| Todos los días de la semana | 16 | 48,5 |
| Algunos días | 16 | 48,5 |
| Casi nunca | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Cuántas piezas de pan come al día?** |  |  |
| 0 a 1 | 13 | 39,4 |
| 2 | 14 | 42,4 |
| 3 a más | 6 | 18,2 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Cuántas tortillas come al día?** |  |  |
| 0 a 3 | 32 | 97,0 |
| 4 a 6 | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?** |  |  |
| Casi nunca | 26 | 78,8 |
| Algunas veces | 6 | 18,2 |
| Frecuentemente | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?** |  |  |
| Casi nunca | 21 | 63,6 |
| Algunas veces | 8 | 24,2 |
| Casi siempre | 4 | 12,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Come alimentos entre comidas?** |  |  |
| Casi nunca | 13 | 39,4 |
| Algunas veces | 9 | 27,3 |
| Frecuentemente | 11 | 33,3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Come alimentos fuera de casa?** |  |  |
| Casi nunca | 10 | 30,3 |
| Algunas veces | 18 | 54,5 |
| Frecuentemente | 5 | 15,2 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?** |  |  |
| Casi nunca | 18 | 54,5 |
| Algunas veces | 14 | 42,4 |
| Casi siempre | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)** |  |  |
| 3 ó más veces por semana | 12 | 36,4 |
| 1 a 2 veces por semana | 17 | 51,5 |
| casi nunca | 4 | 12,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?** |  |  |
| Casi siempre | 13 | 39,4 |
| Algunas veces | 19 | 57,6 |
| Casi nunca | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Qué hace con mayor frecuencia en su**  **tiempo libre?** |  |  |
| Salir de casa | 12 | 36,4 |
| Trabajos en casa | 18 | 54,5 |
| Ver televisión | 3 | 9,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Fuma?** |  |  |
| **No fumo** | 30 | 90,9 |
| Algunas veces | 3 | 9,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| ¿**Cuántos cigarros fuma al día?** |  |  |
| Ninguno | 31 | 93,9 |
| 1 a 5 | 2 | 6,1 |

79

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Bebe alcohol?** |  |  |
| Nunca | 13 | 39,4 |
| Rara vez | 6 | 18,2 |
| 1 vez ó más por semana | 14 | 42,4 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?** |  |  |
| Ninguna | 28 | 84,8 |
| 1 a 2 | 4 | 12,1 |
| 3 ó más | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿A cuántas pláticas para personas con diabetes has asistido?** |  |  |
| 4 ó más | 1 | 3,0 |
| 1 a 3 | 11 | 33,3 |
| Ninguna | 21 | 63,6 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Trata de obtener información sobre la diabetes?** |  |  |
| Casi siempre | 10 | 30,3 |
| Algunas veces | 18 | 54,5 |
| Casi nunca | 5 | 15,2 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Se enoja con facilidad?** |  |  |
| Casi nunca | 7 | 21,2 |
| Algunas veces | 18 | 54,5 |
| Casi siempre | 8 | 24,2 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Se siente triste?** |  |  |
| Casi nunca | 8 | 24,2 |
| Algunas veces | 20 | 60,6 |
| Casi siempre | 5 | 15,2 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?** |  |  |
| Casi nunca | 16 | 48,5 |
| Algunas veces | 14 | 42,4 |
| Casi siempre | 3 | 9,1 |

80

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?** |  |  |
| Casi siempre | 21 | 63,6 |
| Algunas veces | 8 | 24,2 |
| Casi nunca | 4 | 12,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Sigue dieta para diabético?** |  |  |
| Casi siempre | 23 | 69,7 |
| Algunas veces | 8 | 24,2 |
| Casi nunca | 2 | 6,1 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?** |  |  |
| Casi nunca | 21 | 63,6 |
| Algunas veces | 11 | 33,3 |
| Frecuentemente | 1 | 3,0 |
| Total | 33 | 100,0 |
| **¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?** |  |  |
| Casi siempre | 28 | 84,8 |
| Algunas veces | 5 | 15,2 |
| Total | 33 | 100,0 |

**Fuente: Cuestionario aplicado por Tesista a pacientes con diabetes mellitus,**

**atendidos en Centro Médico EsSalud-Chota, 2016.**

**ANEXO 4**

**Tabla 2, Estilos de vida, según dimensión (Nutrición), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero-**

**Junio 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA (NUTRICIÓN)** | **Nº** | **%** |
| No Saludable | 14 | 42,4 |
| Poco Saludable | 15 | 45,5 |
| Saludable | 4 | 12,1 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 2, se observa que el 45,5% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida poco saludables, seguido del 42,4% que son no saludables y solamente un

12,1% tiene estilos de vida saludables, según la dimensión nutrición.

**ANEXO 5**

**Tabla 3, Estilos de vida, según dimensión (Actividad Física), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero- Junio 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA (ACTIVIDAD FÍSICA)** | **Nº** | **%** |
| No Saludable | 10 | 30,3 |
| Poco Saludable | 11 | 33,3 |
| Saludable | 12 | 36,4 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 3, se observa que el 36,4% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida saludables, seguido del 33,3% que son poco saludables y un 30,3% tiene estilos de vida no saludables, según la dimensión actividad física.

**ANEXO 6**

**Tabla 4, Estilos de vida, según dimensión (Consumo de alcohol), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero- junio 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA** | **Nº** | **%** |
| **(CONSUMO DE** |  |  |
| **ALCOHOL)** |  |  |
| No Saludable | 13 | 39,4 |
| Poco Saludable | 19 | 57,6 |
| Saludable | 1 | 3,0 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 4, se observa que el 57,6% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida poco saludables, seguido del 39,4% que no saludables y solamente un 3,0% tiene estilos de vida saludables, según la dimensión consumo de alcohol.

**ANEXO 7**

**Tabla 5, Estilos de vida, según dimensión (Información sobre diabetes), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero- Junio 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA** | **Nº** | **%** |
| **(INFORMACIÓN** |  |  |
| **SOBRE DIABETES)** |  |  |
| Poco Saludable | 3 | 9,1 |
| Saludable | 16 | 48,5 |
| Muy Saludable | 14 | 42,4 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 5, se observa que el 48,5% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida saludables, seguido del 42,4% que son muy saludables y solamente un

9,1% tiene estilos de vida poco saludables, según la dimensión información sobre diabetes.

**ANEXO 8**

**Tabla 6, Estilos de vida, según dimensión (manejo de emociones), pacientes con diabetes mellitus atendidos tipo 2 en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero- Junio 2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA (MANEJO DE EMOCIONES)** | **Nº** | **%** |
| No Saludable | 6 | 18,2 |
| Poco Saludable | 12 | 36,4 |
| Saludable | 11 | 33,3 |
| Muy Saludable | 4 | 12,1 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 6, se observa que el 36,4% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida poco saludables, seguido del 33,3% que son saludables y solamente un

12,1% tiene estilos de vida muy saludables, según la dimensión manejo de emociones.

**ANEXO 9**

**Tabla 7, Estilos de vida, según dimensión (Emociones), pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico EsSalud- Chota, periodo Enero- Junio**

**2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTILOS DE VIDA (ADHERENCIA TERAPÉUTICA)** | **Nº** | **%** |
| No Saludable | 20 | 60,6 |
| Poco Saludable | 10 | 30,3 |
| Saludable | 2 | 6,1 |
| Muy Saludable | 1 | 3,0 |
| **Total** | **33** | **100,0** |

En la tabla 7, se observa que el 60,6% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen estilos de vida no saludables, seguido del 30,3% que son poco saludables y solamente un

3,0% tiene estilos de vida muy saludables, según la dimensión manejo de emociones.

**ANEXO 10**

**PRUEBA CONFIABILIDAD INTERNA DE INSTRUMENTO CUESTIONARIO IMEVID**

**Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

**Resumen del procesamiento de los casos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | % |
| Válidos  Casos Excluidosa  Total | 10 | 100,0 |
| 0 | ,0 |
| 10 | 100,0 |

**Estadísticos de fiabilidad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alfa de  Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
| ,842 | ,813 | 25 |

**Estadísticos de los elementos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Media | Desviaci ón típica | N |
| ¿Con qué frecuencia come verduras?  ¿Con qué frecuencia come frutas?  ¿Cuántas piezas de pan come al día?  ¿Cuántas tortillas come al día?  ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?  ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?  ¿Come alimentos entre comidas?  ¿Come alimentos fuera de casa?  ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?  ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)  ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?  ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?  ¿Fuma?  ¿Cuántos cigarros fuma al día?  ¿Bebe alcohol?  ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?  ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes has asistido?  ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?  ¿Se enoja con facilidad?  ¿Se siente triste?  ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?  ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?  ¿Sigue dieta para diabético?  ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?  ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado? | 1,8000  1,7000  1,7000  1,8000  1,1000  1,2000  1,8000  1,8000  1,5000  2,5000  1,9000  1,6000  1,2000  2,5000  2,6000  2,1000  2,5000  2,1000  2,1000  2,1000  1,5000  1,2000  1,1000  1,1000  1,1000 | ,63246  ,48305  ,82327  ,91894  ,31623  ,42164  ,78881  ,91894  ,52705  ,52705  ,56765  ,69921  ,42164  ,52705  ,84327  ,56765  ,52705  ,56765  ,56765  ,56765  ,70711  ,42164  ,31623  ,31623  ,31623 | 10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10  10 |

89

**Estadísticos de resumen de los elementos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Media | Mínimo | Máximo | Rango | Máximo/mínim o | Varianza | N de elementos |
| Medias de los elementos  Varianzas de los elementos  Correlaciones inter- elementos | 1,744  ,359  ,148 | 1,100  ,100  -,810 | 2,600  ,844  1,000 | 1,500  ,744  1,810 | 2,364  8,444  -1,234 | ,237  ,051  ,150 | 25  25  25 |

**Estadísticos total-elemento**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si  se elimina el  elemento | Correlación elemento- total corregida | Correlación múltiple al cuadrado | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
| ¿Con qué frecuencia come verduras?  ¿Con qué frecuencia come frutas?  ¿Cuántas piezas de pan come al día?  ¿Cuántas tortillas come al día?  ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?  ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?  ¿Come alimentos entre comidas?  ¿Come alimentos fuera de casa? | 41,8000  41,9000  41,9000  41,8000  42,5000  42,4000  41,8000  41,8000 | 44,844  49,433  41,211  36,622  46,500  46,267  39,067  36,622 | ,199  -,402  ,477  ,851  ,077  ,085  ,735  ,851 | .  .  .  .  .  .  .  . | ,844  ,859  ,833  ,812  ,844  ,845  ,820  ,812 |

fuera de sus

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, | 42,1000 | 41,656 | ,735 | . | ,826 |
| pide que le sirvan más? |  |  |  |  |  |
| ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? | 41,1000 | 46,100 | ,078 | . | ,847 |
| (Caminar rápido, correr o algún otro) |  |  |  |  |  |
| ¿Se mantiene ocupado |  |  |  |  |  |
| actividades habituales de trabajo? | 41,7000 | 42,900 | ,499 | . | ,833 |
| ¿Qué hace con mayor frecuencia en su | 42,0000 | 41,778 | ,516 | . | ,831 |
| tiempo libre? |  |  |  |  |  |
| ¿Fuma? | 42,4000 | 44,267 | ,444 | . | ,836 |
| ¿Cuántos cigarros fuma al día? | 41,1000 | 46,100 | ,078 | . | ,847 |
| ¿Bebe alcohol? | 41,0000 | 41,778 | ,408 | . | ,837 |
| ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en | 41,5000 | 41,167 | ,747 | . | ,824 |
| cada ocasión? |  |  |  |  |  |
| ¿A cuántas pláticas para personas con | 41,1000 | 46,100 | ,078 | . | ,847 |
| diabetes has asistido? |  |  |  |  |  |
| ¿Trata de obtener información sobre la | 41,5000 | 45,833 | ,101 | . | ,846 |
| diabetes? |  |  |  |  |  |
| ¿Se enoja con facilidad? | 41,5000 | 41,167 | ,747 | . | ,824 |
| ¿Se siente triste? | 41,5000 | 41,167 | ,747 | . | ,824 |
| ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su | 42,1000 | 42,767 | ,396 | . | ,837 |
| futuro? |  |  |  |  |  |

¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?

¿Sigue dieta para diabético?

¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?

¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para

su cuidado?

42,4000 45,600 ,203 . ,842

42,5000 46,500 ,077 . ,844

42,5000 46,500 ,077 . ,844

42,5000 46,500 ,077 . ,844

**Estadísticos de la escala**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Media | Varianza | Desviación típica | N de elementos |
| 43,6000 | 46,933 | 6,85079 | 25 |

**INTERPRETACIÓN**.

**ALPHA DE CRONBACH = 0.842**

**LO QUE INDICA UN ALTO GRADO DE CONFIABILIDAD**

**O CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO O ESCALA DE ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"**

Av. Atahualpa Nº1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor: Nombres y Apellidos:

*1°D5t b ¡Jlt ~ I ;t)* F *i ;!.104 N 11 'é ·t T~tU t(!D*

DNI/Otros

Nº: *e¡ t n 21 o o*

Correo Electrónico:

*CHt,rJ1.0tTGL..(?6nJJ1t.. (0"'1*

Teléfono:

*Cf )O 2. t/y Jy*

2. Grado, título o Especialidad

D Bachiller [KJ Título D Magister D Doctor D Segunda

Especialidad

3. Tipo de Investigación':

[]] Tesis D Trabajo Académico D Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

D

j •

Título:

*'F(lcro.a.t;s• )0((01)~1"1(.)6,l{/.)f:..{(o5 y t:35,tLOS /)f. Utl)A DE ,(oJ f'/J(c (A,.,T'U*

*(O,V lJ¡p L3GTeJ )1e¿qív.S AT'(NlJ1f)O.Í ¡3/Vt.ft:. C.~.-vr..,z.o 11¡¡!),co e s s ec » o: ·-Li.(OTA/*

f) <= *ll e o() C>* é. *N ~ a* O ~ *S* l' /V *li>¡ 2* o ) *i .*

Asesor:

})¡ZA. */f/J/2.Tft'/J V/r:<i/Vi-/J ,A8/J/ViD (//¿¿\_/J/2*

Año:

*.2018'*

Escuela Académica/Unidad:



4. Licencias:

1 Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Av. Atahualpa Nºl050

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca. Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autor/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

\_x:\_Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si, autorizo | que | se | deposite | a | partir de | la | fecha |
| (dd/mm7aa): | \_ |  |  |  |  |  |  |

N6 autorizo

b) Licencias Creative Commons':

Autorizo el depósito (marque con un X)

*L\_* Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

*.re.! 12 / I?*



Fecha

2 Licencias Creative Commons:Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.