



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

**“ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL GENERAL DE
JAÉN, 2016”**

Para optar el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autoras:

Dirce Yedalí Julón Cubas
Thania Guevara Fernández

Asesor:

Obstetra Luis F. Gómez Segura

CHICLAYO – PERU
2019

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por su amor y comprensión para el desarrollo en el decurso de la presente investigación.

Dince Yedali Julón Cubas

A mis padres por su dedicación y constancia para lograr mi objetivo de ser una profesional de las ciencias de la salud.

Thania Guevara Fernández

AGRADECIMIENTO

A Dios por irradiar su energía natural y ser el motor de nuestras vidas, todo con Él, nada sin Él.

A la Universidad Particular de Chiclayo, porque en sus aulas, recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a la Escuela Profesional de Enfermería.

A nuestro maestro y asesor el obstetra Luis F. Gómez Segura, por su preciado tiempo y su acertada dirección para el desarrollo de la presente Tesis.

Las autoras

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
I.- INTRODUCCIÓN	3
1.1 MARCO TEÓRICO	3
A) SITUACIÓN PROBLEMA	3
B) ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	5
C) BASE TEÓRICA	10
1.2 PROBLEMA	25
1.3 HIPÓTESIS	25
1.4 OBJETIVOS	25
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	26
1.6 VARIABLES	28
1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
II.- MATERIAL Y METODOS	32
2.1. TIPO DE INVESTIGACION	32
2.2. DISEÑO DE CONTRASTACION DE HIPOTESIS:	32
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
2.4. MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	34
2.6. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	34
III.- RESULTADOS	35
IV.- DISCUSIÓN	41
V.- CONCLUSIONES	42
VI.- RECOMENDACIONES	43
VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII.- ANEXOS	50

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulada “Estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Hospital General de Jaén, 2016” Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, correlacional; la técnica utilizada fue la Encuesta y el instrumento aplicando un cuestionario validado internacionalmente, denominado IMEVID (Instrumento para medir estilos de vida en Diabéticos), La población muestral lo constituyó 41 pacientes debidamente informados pertenecientes al Servicio de Medicina y del Programa de Enfermedades No Transmisibles, entre los meses de agosto a octubre del 2016, El cuestionario contiene preguntas generales sociodemográficas, y sobre los estilos de vida con énfasis en: Aspectos de nutrición, actividad física, cuidado personal y hábitos de consumo de alcohol y tabaco.

Resultados encontrados son: El 51.2 % de la población en estudio tiene un estilo de vida No saludable, siendo el grupo etario entre los 41 a 50 años el más prevalente, predominantemente el sexo masculino con un 52.4%, el estado civil son convivientes con un 52.4%, profesionales en ejercicio 57.1%, instrucción secundaria con un 42.9%, Se concluye que los pacientes diabéticos tienen un estilo de vida No saludable y no existe una relación significativa entre el nivel cultural, estado civil, situación socioeconómica y la práctica de los estilos de vida.

PALABRAS CLAVES: Estilos de vida, Diabetes Mellitus tipo II

SUMMARY

The present research work entitled "Lifestyle in patients with Type II Diabetes Mellitus attended at the General Hospital of Jaén, 2016" A quantitative, descriptive, cross-sectional, correlational study was carried out; the technique used was the Survey and the instrument applying an internationally validated questionnaire, called IMEVID (Instrument to measure lifestyles in Diabetics), The sample population consisted of 41 duly informed patients belonging to the Medicine Service and the Program of Noncommunicable Diseases, between the months of august to october 2016, the questionnaire contains general sociodemographic questions, and about lifestyles with emphasis on: Aspects of nutrition, physical activity, personal care and habits of alcohol and tobacco consumption.

Results found are: 51.2% of the study population has an unhealthy lifestyle, with the age group between 41 to 50 years being the most prevalent, predominantly the male sex with 52.4%, marital status living with a 52.4%, practicing professionals 57.1%, secondary education with 42.9%, It is concluded that diabetic patients have an unhealthy lifestyle and there is no significant relationship between the cultural level, marital status, socioeconomic situation and the practice of lifestyles.

KEY WORDS: Lifestyles, Type II Diabetes Mellitu

I INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

A) SITUACIÓN PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo II es una de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalente en la población adulta. El número de personas con diabetes y su prevalencia están aumentando en todas las regiones del mundo, en el 2014 había 422 millones de adultos (el 8,5% de la población) con diabetes, en comparación con 108 millones (4,7%) en 1980. La epidemia de diabetes tiene importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas, sobre todo en los países en desarrollo. Tanto la diabetes mellitus tipo I (DM1) como la diabetes mellitus tipo II (DM2) cursan con hiperglucemia lo que puede originar complicaciones agudas hiperglucémicas, que pueden producir infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia renal, ceguera, lesiones de los nervios periféricos (neuropatía diabética) y amputaciones(1) .

En el mundo, Carty, estimó que había unos 110 millones de casos y que se incrementarían a 239 millones para el 2010; actualmente, la realidad supera a lo proyectado y se estima en 371 millones, el número de personas viviendo con diabetes mellitus en el mundo. La Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que la proyección del número de personas que desarrollarán diabetes para el 2030 será más de 400 millones (2).

Para el 2030 se estima un crecimiento de 27.4 millones, donde América Central y Sur crecerán en un 65.1% y Norte América y El Caribe en un 42.4%. Se espera que el número de personas con diabetes en las Américas alcance las 82.8 millones en el año 2030, afectando a un 9.0% de la población adulta de América Central y Sur. Esta enfermedad sigue afectando

de manera grave la salud de la humanidad, señalando con absoluta claridad y certeza los factores sociales, culturales y económicos que producen y favorecen el aumento de personas que enferman de diabetes mellitus en todo el mundo. Los datos e 10 informaciones estadísticas alarman, pues sus dañinas consecuencias para la salud de la población, se mantienen y aumentan (2).

En el Perú es una enfermedad que afecta cerca de 2 millones de personas, informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud indican que la diabetes mellitus es la décima quinta causa de mortalidad en el país, la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la comida chatarra y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad (3).

Los costos directos e indirectos que implican el tratamiento y atención de diabetes mellitus tipo II son elevados y se recargan sobre todo como gastos en salud provenientes del presupuesto de la familia. Por tanto el componente preventivo es importante en el combate contra ésta enfermedad y debe estar centrado en fortalecer estrategias de prevención, que modifiquen los estilos de vida de la población respecto a hábitos alimentarios, ejercicio físico; educación en diabetes dirigida a los adultos mayores con participación de la familia y la comunidad; fortalecer las competencias del personal de salud a cargo de estos pacientes y lograr que el adulto mayor lleve un mejor tratamiento preventivo y recuperativo e implementar un sistema de vigilancia oportuno y de calidad (4).

En la región Cajamarca se presentan el 35% de personas con diabetes mellitus tipo 2, Según reportes de los Boletines Epidemiológicos del INS.

La presente investigación tiene como motivación la observación directa de las investigadoras, en la ciudad de Jaén, a nivel provincial y distrital se presentaron 1707 casos nuevos de diabetes mellitus en población adulta en las edades de 30 años en adelante en el año 2015, siendo 986 casos en la provincia y 721 casos lo que respecta a lo distrital, teniendo un índice alto en pacientes del sexo femenino con 379 casos que acudieron al consultorio externo general de medicina en el Hospital General de Jaén (5).

B) ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel Internacional

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

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

el estado emocional. En conclusión el esclarecimiento del concepto denominado “estilo de vida” ha permitido redimensionar la noción del estado de “salud enfermedad” (6).

Russo V., en el año 2011 realizó un estudio de investigación titulado. Hábitos alimentarios en pacientes diabéticos tipo II adultos que acudieron a las consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arrollo Seco, Argentina, tuvo como objetivo investigar los, hábitos alimentarios y el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo II, fue de tipo descriptivo, observacional y transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes con diabetes mellitus tipo II, a partir de los 50 años de edad, ambos sexos, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron las encuestas individuales. Los resultados y conclusiones fueron:

Que los pacientes con diabetes mellitus tipo II conocían sobre hábitos alimentarios, tenían una buena educación y cuidaban su estilo de vida, lo que confirma la hipótesis planteada. Como conclusión fue que el mayor porcentaje de los pacientes encuestados con diabetes mellitus tipo II tenían amplios conocimientos sobre hábitos alimentarios adecuados a su enfermedad y mantenían un buen estilo de vida (7).

Álvarez PC, Avalos GM, Morales GH, Córdova HJ, en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. Nivel de conocimiento y estilos de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II en la UMF.No.39 IMSS, centro de Tabasco - México, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, estilos de vida y su relación con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II de la UMF. Este estudio fue de tipo observacional transversal y analítico en una muestra de 200 pacientes con diabetes. Para tal fin se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y estilo de vida en el paciente. Se

empleó estadística descriptiva y analítica, expresada a través de tablas gráficas. Para relacionar las variables de interés, se utilizó la χ^2 de Pearson. Se empleó el programa SPSS versión 15.0.

Los resultados y conclusiones fueron:

El nivel de conocimiento fue insuficiente en el 87%, al relacionar el nivel de conocimiento y el control metabólico se obtuvo que los pacientes presentan un estilo de vida no saludable, al relacionar el estilo de vida y el control metabólico él se obtuvo una χ^2 de 6.922 y una $p = 0.009$ estadísticamente significativa. Como conclusión. Los pacientes que tienen un nivel de conocimiento insuficiente y presentan estilos de vida no saludables, tuvieron un inadecuado control metabólico. Es de vital importancia que el personal de salud brinde una educación efectiva y recalcar la necesidad de aplicar en su vida diaria un estilo de vida saludable (8).

A nivel Nacional

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

El 40% desconocía las complicaciones más frecuentes de la diabetes, el 48% no sabía que el entumecimiento y hormigueo en los pies se debía a un

mal control de la glucosa y el 63% desconocía que el ejercicio era nocivo en el incremento de la glucosa. En conclusión: Un alto porcentaje de pacientes conocen sobre la enfermedad, el mayor porcentaje de los pacientes cumplían con el tratamiento con predominio del no farmacológico, y existe relación significativa entre la variable conocimiento con el cumplimiento del tratamiento con ello se prueba la hipótesis (9).

Guzmán AG, Wong MJ, Pérez CM., en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. Características sociodemográficas – clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan de Iquitos, que tuvo como objetivo determinar la relación entre las características sociodemográficas – clínicas y estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La población estudiada lo constituyeron un total de 384 pacientes con diabetes de ambos sexos, cuya muestra estuvo constituida por 180 pacientes con diabetes mellitus tipo II, la técnica utilizada para la recolección de datos fueron 2 instrumentos: una ficha de caracterización para identificar las características sociodemográficas, clínicas y 17 un cuestionario para medir el estilo de vida en diabéticos. Los resultados y conclusiones fueron:

El 33,3% presentan la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo II entre 1 a 5 años, 60,5% tienen sobrepeso, 64,4% asistieron a consulta entre 1 a 4 veces al año, 88,3% presentaron hiperglucemia y el 87,2 % presentaron Inadecuado estilo de vida. En conclusión Estos hallazgos, se presentan como una alternativa para ser considerados en la toma de decisiones de las autoridades de salud ubicados en el primer nivel de atención de salud, dado a que contribuirán a replantear estrategias de promoción de la salud priorizando en aquellos factores que predisponen a desarrollar esta (10).

A nivel Local

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

Que la intervención educativa de enfermería brindada a los adultos con diabetes tipo II, tuvo efectividad en los estilos de vida, en dieta y ejercicio; donde hubo cambios en el índice de masa corporal y presión arterial. Concluyendo que un programa ambulatorio de ejercicio físico, mejora la calidad de vida, el control metabólico y el peso en sujetos mayores de 60 años con diabetes mellitus tipo II (11).

Alarcón OD, Zapata QS., en el año 2014 realizaron un estudio de investigación titulado. Intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor del programa – diabetes e hipertensión, Pícsi – 2013, que tuvo como objetivo determinar la eficacia de la intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor, fue de tipo

cuantitativo, cuasi- experimental con pre y post prueba de corte longitudinal, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos al programa, un total de 36 según el registro del 2012, la muestra estuvo constituida por 20 adultos mayores, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron dos: un cuestionario para la alimentación y otro para el ejercicio físico, y la hoja de cotejo. Los resultados y conclusiones fueron:

Las medidas de las variables después de la aplicación del programa son significativamente menores a las medidas antes de la aplicación del programa, por lo que se concluye que el programa ha tenido efectividad en las variables alimentación y ejercicio físico (12).

C) BASE TEÓRICA

Estilos de vida

Según la organización mundial de la salud (OMS) recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y evitar la discapacidad y el dolor en la vejez, los entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoran el bienestar de los mayores. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano. Adoptar medidas destinadas a crear una sociedad que reconozca el valor de las personas mayores y su aportación, y les permita participar plenamente; y contribuir a proteger y mejorar la salud de la población a medida que envejece (13).

Considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: "Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas"(14).

Prat A. define al estilo de vida, como el conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra actividad cotidiana y rigen nuestra forma de afrontar los requerimientos, exigencias y retos que se nos presentan durante las diferentes etapas de nuestra vida. La importancia del estilo de vida para la salud de las personas están determinados por cuatro factores esenciales: el primero es la herencia genética, el segundo es el medio ambiente o entorno en que se vive, el tercer factor es el sistema sanitario y en cuarto lugar nos encontramos con el estilo de vida individual, y es, por lo tanto, el primer aspecto que debe considerarse dada su importancia como determinante de la salud.

Su control o influencia depende esencialmente de nosotros mismos. Patrones de conductas basados en promover determinados hábitos saludables, y en eliminar ciertas costumbres nocivas, configuran un estilo de vida que, positiva o negativamente, pueden condicionar nuestra salud. De nuestra fuerza de voluntad y compromiso personal depende fomentar lo primero y evitar lo segundo (15).

Para Wong L., Los estilos de vida son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para

alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (16).

Clasificación de estilos de vida

a) Estilos de vida saludable.

Es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud, los comportamientos y conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte determinara el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme. Su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad que esta se produzca (17).

b) Estilos de vida no saludable

Incluye fundamentalmente una alimentación no adecuada, no realiza actividad física, y tiene ambientes no saludables en viviendas y trabajos. A medida que el mundo controla las patologías infecciosas y la mortalidad infantil crece la preocupación por la extensión de los problemas de salud vinculados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo o la comida chatarra; íntimamente ligados a las epidemias del siglo XXI, la obesidad, la diabetes o la hipertensión (18).

Diabetes Mellitus

Es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, como consecuencias de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina²⁴. Se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales (19).

Fisiopatología de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus tipo II está relacionada a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina, pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula B pancreática. Para vencer la resistencia a la insulina, la célula B inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la resistencia a la insulina, y mantener los niveles de glucemia normales. Sin embargo, con el tiempo, la célula B pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia

compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la resistencia a la insulina, aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de Diabetes Mellitus II (20).

La resistencia a la insulina

La insulina es una hormona anabólica secretada por las células B del páncreas en respuesta a diversos estímulos, siendo la glucosa el más relevante. Su 24 principal función es mantener la homeostasis glicémica y de otros sustratos energéticos, de esta forma, posterior a cada comida la insulina suprime la liberación de ácidos grasos libres mientras que favorece la síntesis de triglicéridos en el tejido adiposo. Por otra parte, la insulina inhibe la producción hepática de glucosa, mientras que promueve la captación de glucosa por el tejido muscular esquelético y adiposo (21).

En un estado de resistencia a la insulina, la acción de esta hormona a nivel celular está reducida, lo que aumenta la secreción de insulina, esto permite compensar el defecto en la acción tisular y así mantener la homeostasis glicémica. Este fenómeno da cuenta del estado hiperinsulinémico, el cual es característico en sujetos con resistencia a la insulina, particularmente después de una comida alta en carbohidratos (22).

Daño de la Célula Beta

Este proceso se asocia con una predisposición genética, de tal manera que no todos los individuos desarrollarán diabetes mellitus tipo II, a pesar de presentar resistencia a la insulina. El proceso del daño de la célula B tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa (glicogenólisis) y de la oxidación de los ácidos grasos libres AGL

(beta oxidación). El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción (expresados en páncreas y duodeno) que ayudan a la reparación y regeneración de la célula B (23).

Tipos de diabetes

a) Diabetes mellitus tipo I

Se presenta por la destrucción de las células B del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células B es generalmente autoinmune pero existen casos de DM-I de origen idiopático. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos (24).

Síntomas

Los síntomas de este tipo son: Sed anormal y sequedad de la boca, micción frecuente, cansancio extremo, falta de energía, apetito constante, pérdida de peso repentina, lentitud en la curación de heridas, infecciones recurrentes, visión borrosa. Las personas con diabetes tipo I pueden llevar una vida normal y saludable mediante una combinación de terapia diaria de insulina, estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual (25).

Tratamiento

El tratamiento fundamental de la diabetes tipo I es la administración exógena de insulina simulando en lo posible su producción fisiológica, cubriendo las necesidades basales. Una terapia nutricional adecuada y el ejercicio físico realizado en condiciones óptimas son los otros dos pilares del tratamiento. El

objetivo del tratamiento de la diabetes tipo I es conseguir un control glucémico lo más próximo a la normalidad, para evitar tanto las complicaciones agudas como las crónicas. Este tratamiento intensivo consiste en la administración de múltiples dosis de insulina o sistema de infusión continua, realización de múltiples glucemias capilares y la automonitorización y el autocontrol tras la adecuada educación diabetológica (26).

Insulinoterapia

Para el tratamiento adecuado de la diabetes tipo I se precisa contar con insulinas que se ajusten lo más posible a la secreción fisiológica. Esta secreción tiene dos componentes, uno basal continuo y otro agudo desencadenado por la hiperglucemia postprandial. En sujetos no diabéticos, la ingesta de comida produce un rápido aumento de la concentración de insulina plasmática a los 30-45 minutos seguido por una disminución a los valores basales a las 2-3 horas. En la actualidad disponemos de diferentes insulinas con distintos perfiles de acción para poder imitar el patrón de secreción de insulina fisiológico. Así, los requerimientos basales de insulina se cubrirán con insulina de acción lenta y para evitar la hiperglucemia postprandial se administrarán insulinas de acción rápida antes de cada ingesta (27).

b) Diabetes mellitus tipo II

Es el resultado de un defecto progresivo de la secreción de insulina como consecuencia de una resistencia periférica de la misma. En su heterogeneidad, puede considerarse en conjunto como un síndrome metabólico (SM) crónico, caracterizado por hiperglucemia, resistencia tisular a la acción de la insulina (hígado, músculo y tejido graso) y defecto o

insuficiente capacidad secretora de insulina por las células B, con predominio de uno u otro según los casos. El aumento de la síntesis hepática de glucosa y la disminución de su captación por el musculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glicemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula B pancreática, determinarían la aparición del cuadro clínico de la diabetes mellitus tipo II (28).

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

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

Las complicaciones asociadas con la diabetes son tan variadas que incluso cuando los síntomas existen, puede que no se vea que la diabetes es la causa, a menos que se realicen pruebas precisas y apropiadas, si las personas no son diagnosticadas no van a tomar medidas para controlar sus niveles de glucosa en sangre ni su estilo de vida. Los estudios han descubierto que muchas personas con diabetes no diagnosticada ya sufren

complicaciones como la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardíaca, la retinopatía y la neuropatía (29).

Síntomas

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

Tratamiento

En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesaria con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral²⁴.

El tratamiento de la DM – II en el primer nivel de atención se iniciara con medicamentos orales de primera línea considerados en la PNUME (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales) vigente: metformina o glibenclamida. Si no existirá contraindicación, empezar con metformina. Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consultas para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”.

En caso que la persona no responda al tratamiento antes descrito, referir al médico especialista en endocrinología o internista, el médico tratante procederá a prescribir un medicamento de costo efectivo, para lo cual

sustentara su uso según Resolución Ministerial 540–2011/MINSA (Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME). A toda persona diagnosticada con DM-II, que se encuentra clínicamente estable sin signos de alarma se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen (30).

c) Diabetes Gestacional

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

Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral. La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo II en la edad adulta (31).

Síntomas

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

Tratamiento

El tratamiento siempre incluye dieta y actividad física, y en aquellas mujeres que no consigan mantenerse dentro de los objetivos de buen control con el tratamiento dietético y la realización de ejercicio precisarán insulina. En aquellas embarazadas con fetos grandes para la edad gestacional, incluso en los casos en que están dentro de los objetivos de control, es recomendable también iniciar el tratamiento con insulina. Se comenzará con una dosis inicial de 0,1 UI/Kg/día, titulando la dosis en función de los controles de la glucemia³⁰.

d) Otros tipos de diabetes

- Diabetes MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young). Se produce por defectos genéticos de las células B. Existen diferentes tipos de diabetes MODY, hasta la actualidad se han descrito 7. Se deben a un defecto en la secreción de insulina, no afectándose su acción. Se heredan de manera autosómica dominante, por ello cuando una persona tiene diabetes MODY es habitual que varios miembros de la familia también la padezcan y en varias generaciones (32).
- Diabetes Relacionada con Fibrosis Quística (DRFQ). La fibrosis quística es una enfermedad que afecta a múltiples órganos entre ellos al páncreas, esto

conlleva que se pueda desarrollar diabetes. El diagnóstico de la enfermedad se suele realizar en la segunda década de la vida (33).

- Diabetes secundaria a medicamentos. Algunos medicamentos pueden alterar la secreción o la acción de la insulina. Los glucocorticoides y los inmunosupresores son algunos de ellos (34).

TEORIAS DE ENFERMERIA

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

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

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

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

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

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

epidemia que aún no se puede controlar, la promoción de la salud es una de las herramientas para llegar a combatir este mal.

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

TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

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

El autocuidado significa cuidarse uno mismo a través de las acciones que se realizan en beneficio de la propia salud. Enfermería enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud. El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar 34 acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno (37).

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

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

El tener conocimiento sobre estilos de vida saludable ayudara a la población de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, en conjunto con el personal de enfermería enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la

enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras.

Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad (38).

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

1.2 PROBLEMA

¿Cuál es el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital General de Jaén, agosto – octubre 2016?

1.3 HIPÓTESIS

El estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital General de Jaén en agosto – octubre 2016, es no saludable.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Identificar el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital General de Jaén, 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4.2.1.- Determinar el estilo de vida según sexo y edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital General de Jaén en el periodo de estudio.

1.4.2.2.- Describir el estilo de vida de los pacientes diabéticos mellitus tipo II.

1.4.2.3.- Determinar si existe una relación directa entre el nivel cultural, estado civil, situación socioeconómica y la práctica de los estilos de vida en la población sujeto a estudio.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

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

Como consecuencia los pacientes deben depender de los fármacos durante toda su vida. Por este motivo, la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad con unos costos económicos enormes. Sin embargo, la falta de conocimiento, el no realizar ejercicio, los alimentos que consumimos tiene

una enorme influencia sobre esta enfermedad, una dieta adecuada no solo puede prevenirla sino también tratarla.

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

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

La importancia radica en que los resultados permitirán ser fuente de información a las autoridades profesionales de la salud de dicha institución y las autoridades de la universidad para que en coordinación con su personal y estudiantes de la salud realicen charlas educativas de sensibilización para un modo de vida saludable, talleres de prevención, jornadas de promoción de la salud y de vacunación, planificación ejecución y control de planes para el

mejoramiento de los modos de vida sedentarios, visitas domiciliarias con más frecuencia y así lograr que los adultos mayores fortalezcan sus conocimientos con las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludable, permitiéndoles ser activos, útiles y participativos con la sociedad.

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer la realidad de la persona con Diabetes Mellitus sobre su estilo de vida lo que nos ayudará a determinar cuáles son sus necesidades reales a las cuales debemos hacer hincapié a fin de lograr una atención integral y poder fomentar el autocuidado y un estilo de vida adecuada.

Este trabajo nos permitirá tomar acciones en nuevas estrategias en la promoción de estilos de vida saludable, porque en nuestro país un gran porcentaje de pacientes con diabetes mellitus está afectada en población joven entre 30 y 50 años.

1.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estilo de vida

VARIABLE DEPENDIENTES

Diabetes Mellitus tipo II

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRU- MENTO
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	La Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad crónica degenerativa por falla del páncreas endocrino.	Características sociales y del entorno en la que se desenvuelve	Socio demográfica	Edad (años)	31 – 40 41- 50 51 a +	Razón	Cuestionario
				Sexo	Femenino Masculino	Nominal	
				Grado de Instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
				Ocupación	Albañil Agricultor Ama de casa Jubilado Otros	Nominal	
				Estado Civil	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Conviviente.	Nominal	
				Número de hijos	0-3 4-7 7 a +	Intervalo	

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
ESTILO DE VIDA	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades básicas.	Actitudes y comportamientos que adoptan los pacientes con Diabetes Mellitus	socioculturales	Cantidad de horas que duerme.	4-8 horas 9-12horas	Razón	Cuestionario IMDV
				Charlas sobre Diabetes	Si - NO -a veces	Nominal	
				Olvida tomar medicamento para Diabetes	Si – No – a veces	Nominal	
				Ejercicios físico	4-8 horas 9-12horas	Razón	
				Tiene trabajo adicional	Si – No – a veces	Nominal	
				Alimentación ¿Tienen horarios las comidas diarias?	Si – No – a veces	Ordinal	
				Frecuencia de comidas			

				tipo frutas y verduras, piezas de pan , frituras , otros Alimentos fuera de casa valoración de la calidad de comida que consume Sustancias toxicas: Tabaco, Alcohol, Drogas, Otros Sigue las indicaciones médicas para su cuidado	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día + 3 veces al día Si – No - a veces Muy Bueno Bueno Malo Muy Malo Si – No- A veces Si - No- A veces Si No	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal	
--	--	--	--	---	--	--	--

II.- MATERIAL Y METODOS:

2.1. TIPO DE INVESTIGACION

Cuantitativa, Descriptiva, Prospectiva y de corte Transversal

2.2.- DISEÑO DE CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

Diseño descriptivo, observacional y correlacional.

2.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN

Estuvo constituida por 154 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II, pertenecientes al Programa de Enfermedades No Transmisibles del Hospital General de Jaén, durante el periodo de 1º de agosto al 31 de octubre del 2016.

MUESTRA:

La muestra lo constituyó según fórmula aplicada 41 pacientes.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II y que desearon participar del estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes que no se adhirieron al tratamiento, control y seguimiento.

2.4 MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica utilizada fue la Encuesta y como instrumento se aplicó el Cuestionario especializado denominado “IMEVID” (Instrumento para Medir los Estilos de Vida en Diabéticos). Este instrumento fue validado en un estudio realizado por Balcázar y Martínez pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS).

El instrumento estuvo conformado por 25 preguntas cerradas tipo Likert de tres opciones cada una con puntuaciones de 0, 2 o 4, distribuidas en 7 dominios:

1. Nutrición
2. Actividad física
3. Consumo de tabaco,
4. Consumo de alcohol,
5. Información sobre diabetes,
6. Emociones y
7. Adherencia terapéutica.

El alfa de Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.8455.

El instrumento aplicado se calificó siguiendo al estudio de Balcázar cuya puntuación se señala:

De 0 a 75 puntos Estilo de vida NO SALUDABLE O NO ADECUADO

Mayor a 75 puntos Estilo de vida SALUDABLE O ADECUADO

El IMEVID es un instrumento que ha demostrado ser específico para medir estilos de vida en la población sujeto estudio. (Anexo 2)

2.5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Concluida la recolección de datos se pasó al procesamiento de la información, previa revisión de cada una de las fichas y test correspondiente, luego se ingresó dicha información al SPSS versión 22, para la obtención de resultados, y su respectivo análisis e interpretación.

2.6.- ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Ética de la investigación

Durante todo el desarrollo de la investigación se puso en práctica los siguientes principios éticos:

- **Principio de la Beneficencia:** Las investigadoras garantizaron a los participantes que su aporte o información dado no será utilizado de ninguna forma en contra de ellos.
- **Principio de Justicia:** Las investigadoras garantizaron un trato justo y a preservar el anonimato. La información obtenida se mantendrá en estricta reserva y anonimato.
- **Principio de autonomía:** Las investigadoras garantizaron a cada participante su derecho de elegir a participar. Nadie estuvo obligado a hacerlo, previa información dada de los objetivos de investigación; así como se les explicó que pudieron abandonar el estudio.

- **Consentimiento informado:** (anexo 3), Se elaboró el consentimiento informado y se les dio para su suscripción previa información y consentimiento expreso.

III.- RESULTADOS

En el presente cuadro N°1

Se demuestra que el 51.2% de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 tienen un estilo de vida No Saludable

En el cuadro N°2

Se observan las variables sexo y estilo de vida; siendo el sexo masculino representado por el 52.4% con estilo de vida No saludable, a diferencia que el sexo femenino prevalece con un 60% con un estilo de vida saludable.

Con respecto al cuadro N°3

Se presentan las variables: Estilo de vida y estado civil, aquí se observa que los convivientes en un 52.4% tienen un estilo de vida No saludable; así también el mismo grupo lo representan el 45% en el estilo saludable.

En cuadro N°4

Se muestra la relación de variables: Estilo de vida y edad; donde el 57.1% de pacientes con estilo de vida No saludable se encuentra en el grupo etáreo de 41 a 50 años, seguido de 31 a 40 años con un 33.3%; lo propio sucede en el estilo de vida saludable, en dichos grupos etareo el 55% y 30%, respectivamente.

En cuadro N°5

Se muestra la relación de variables: Estilo de vida y ocupación; donde el 47.6% de pacientes con estilo de vida No saludable son agricultores, seguido de ama de casa con un 28.6%; lo propio sucede en el estilo saludable de los agricultores con un 55%, en esta oportunidad seguido de los albañiles con un 20%.

Cuadro N°1
Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II; según
estilo de vida. Hospital General de Jaén, 2016.

ESTILO DE VIDA	N	%
No Saludable	21	51.2%
Saludable	20	48.8%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del Servicio de Medicina Interna y del Programa de Enfermedades No Transmisibles Hospital General de Jaén, 2016 (enero- diciembre del 2016)

Cuadro N°2

Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II Hospital General de Jaén 2016; según estilo de vida y sexo.

SEXO	ESTILO DE VIDA			
	No saludable		Saludable	
	n	%	N	%
Masculino	11	52.4%	8	40.0%
Femenino	10	47.6%	12	60.0%
Total	21	100%	20	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del Servicio de Medicina Interna y del Programa de Enfermedades No Transmisibles Hospital General de Jaén, 2016 (enero- diciembre del 2016)

Cuadro N°3

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo II Hospital General de Jaén 2016; según estilo de vida y estado civil.

ESTADO CIVIL	ESTILO DE VIDA			
	No saludable		Saludable	
	n	%	N	%
Casado	7	33.3%	7	35.0%
Conviviente	11	52.4%	9	45.0%
Soltero	3	14.3%	1	5.0%
Viudo	0	0.0%	3	15.0%
Total	21	100%	20	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del Servicio de Medicina Interna y del Programa de Enfermedades No Transmisibles Hospital General de Jaén, 2016 (enero- diciembre del 2016)

Cuadro N°4

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo II; según estilo de vida y edad

EDAD	ESTILO DE VIDA			
	No saludable		Saludable	
	N	%	N	%
31 a 40	7	33.3%	6	30%
41 a 50	12	57.1%	11	55%
51 a más	2	9.6%	3	15%
Total	21	100%	20	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del Servicio de Medicina Interna y del Programa de Enfermedades No Transmisibles Hospital General de Jaén, 2016 (enero- diciembre del 2016)

Cuadro N°5

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo II Hospital General de Jaén 2016; según estilo de vida y ocupación.

OCUPACIÓN	ESTILO DE VIDA			
	No saludable		Saludable	
	n	%	N	%
Albañil	2	9.5	4	20.0
Agricultor	10	47.6	11	55.0
Ama de casa	6	28.6	3	15.0
Jubilado	3	14.3	2	10.0
Total	21	100.0%	20	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes del Servicio de Medicina Interna y del Programa de Enfermedades No Transmisibles Hospital General de Jaén, 2016 (enero- diciembre del 2016)

IV.- DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad de evolución crónica que se caracteriza por perturbación del metabolismo de glucosa y otras sustancias calorígenas, generando en el organismo humano incapacidad de usar y almacenar apropiadamente la glucosa, lo que provoca su permanencia en sangre en cantidades superiores a las normales; está dividida principalmente en dos tipos de diabetes, diabetes tipo 1 y tipo 2. La diabetes tipo 1 afecta aproximadamente al 10% de la población de diabéticos por lo general menores de 40 años, la diabetes tipo 2 es la forma más común de la enfermedad; comprende de 85 a 90% de la población de diabéticos y asume formas heterogéneas. En forma característica la diabetes tipo 2 aparece después de los 40 años. En ambos casos los pacientes cursan con un estilo de vida que es manejado por el mismo y la familia, siendo mejor en aquellos pacientes con mayor conciencia de la enfermedad.

Sin embargo, los resultados hallados en la presente investigación guardan relativa relación respecto al estilo de vida con los estudios de Fuentes L, Lara y col, Corbacho Palacios, y muy distante a lo estudiado por Reyes L. teniendo en cuenta que la población con estilo de vida no saludable es diversa, eminentemente joven y adulto joven, sexo masculino convivientes o casados, agricultores y albañiles o peones de albañilería; rompen con facilidad el régimen dietético de estos grupos generalmente son carbohidratos, pan, yuca, arroz, chicha de jora, cerveza, no habiendo diferencia significativa con los estilos saludables.

V.- CONCLUSIONES

1.- El 51.2 % de pacientes diabéticos del Programa de Enfermedades No Transmisibles del Hospital General de Jaén, durante el periodo de agosto a octubre del 2016, presentaron un estilo de vida No saludable

2.- El estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 guardan relación con la edad, grupo etáreo entre los 31 a 50 años, tienen estilo de vida **No saludable** con un 90.5%; lo propio sucede en el estilo de vida saludable en dicho grupo etáreo con el 85% respectivamente; con respecto al sexo, prevalece el sexo masculino con el estilo de vida no saludable y en estilo de vida saludable prevalece el sexo femenino.

3.- El estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 es **No saludable**, toda vez, teniendo en cuenta los parámetros establecidos: Nutrición poca ingesta de verduras, algunas veces frituras, varias piezas de pan y consume alimentos entre comidas. Ejercicio físico 1 vez por semana. Sobre Charlas de Información sobre Diabetes asistencia irregular al centro de salud. Hábitos nocivos, fuman y beben licor al menos 1 vez por semana, Emociones de tristeza e ira con frecuencia relativa y Adherencia al tratamiento es baja a regular.

4.- No existe una relación directa entre el nivel cultural, estado civil, situación socioeconómica y la práctica de los estilos de vida en la población sujeto a estudio.

VI.- RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Ejecutiva del Hospital General de Jaén, a través de la jefatura de enfermeras, impulse y promueva en el personal de enfermería el desarrollo de actividades educativas orientadas al reconocimiento, prevención y control del problema de salud en pacientes atendidos en su servicio motivándolos a incorporarse al grupo de autoayuda para que tengan mejores conocimientos y actitudes sobre su enfermedad y que contribuyan a reducir las complicaciones que trae consigo la diabetes.
2. A la Universidad Particular de Chiclayo a través de la Facultad de Ciencias de la Salud y sobre todo la Escuela Profesional de Enfermería, para que los docentes de las asignaturas de las áreas básicas y clínicas, promuevan con mayor énfasis en los estudiantes un aprendizaje significativo en la atención primaria de la salud, orientada a lograr un acercamiento en su formación con la población, mediante charlas educativas interactivas que expliquen de manera dinámica, clara y concisa la ocurrencia de Diabetes Mellitus de la población (Morro Solar, Fila Alta, Magllanal, comunidades altamente pobladas) que se atienden en el Hospital General – Jaén, del servicio no transmisibles, y la forma de prevenir, controlar y reducir sus complicaciones.

3. Al Enfermero (a) para que desde su centro de labores no desmaye la labor de prevención y promoción de la salud desarrollando programas educativos dirigidos a la población que se atienden en el Hospital General – Jaén, en el servicio no transmisibles, fomentando la práctica de estilos de vida saludables, con énfasis en la Diabetes mellitus tipo II.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre diabetes mellitus. Resumen de orientación. 2016; 16(3): 1-3
2. Prevención y tratamiento de diabetes mellitus tipo II, síndrome metabólico y Diabetes Gestacional. 2012; (25): 1-8
3. Seclén S. Diabetes mellitus en el Perú. Hacia dónde vamos. 2015; (26): 3-4
4. Mora ME. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta médica costarricense [Internet].2014[citado 14 de Jun 2013]; 56(2): 1-3

Disponible

en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001

5. Romero MS, Díaz VG, Romero ZH. Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. [Internet]. 2011; 49 (2): 125 – 136. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
6. Martínez CP. Estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. Enfermería actual en Costa Rica. 2014; (27): 1-14
7. Ruso V. Transversal y descriptivo de los hábitos alimentarios en pacientes tipo II adultos que acudieron a consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arroyo [Tesis para licenciatura]. Panamá, ciudad del Arrollo, Universidad Abierta Interamericana; 2011. p. 172.
8. Alvares PC, Ávalos GM, Morales GH, Córdova HJ. Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo II en la UMF Centro de Tabasco. Horizonte sanitario [Internet]. 2014 [citado feb del 2014]; 13 (2): 188- 193. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/307/235>
9. Laime PM. Estudio transversal del conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis para licenciatura]. Perú, Lima, Universidad Ricardo Palma; 2014. p. 101.
10. Guzmán AG, Wong MJ, Pérez CM. Característica sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II

[Tesis para licenciatura]. Perú, Iquitos S.C. San Juan, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014. p.120.

11. Ochoa ME, Coronel RL. Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en los adultos mayores con diabetes tipo II [Tesis para licenciatura]. Perú, Chiclayo, San José, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2012.p.145.
12. Alarcón OD, Zapata QS, Intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludable alimentación y ejercicio físico del adulto mayor –programa diabetes e hipertensión Pisci. [Tesis para licenciatura]. Perú, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. p.129.
13. Romero M, Díaz V, Romero Z. Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II. Aportaciones originales. 2011; 49 (2): 125 – 136. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
14. Libro de la salud del Hospital Clínica de Barcelona y la Fundación BBVA. 1ra ed. Nera: San Nicolás; 2007.p. 784
15. Wong LC. Estilos de vida. Salud pública [Internet]. 2012. [citado 20 Jun 2011]; 13(1):1-4. Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida2012.pdf>
16. Murillo EB, Promoción de estilos de vida. Salud ocupacional. [internet]. 2011.[citado 19 Ene 2015]; 26 (1): 1-4. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html
17. Organización mundial de la salud. Informe sobre el Programa de

Diabetes. Resumen de orientación. 2016. (16)

18. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención. 2015. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/aGuia_practica_clinica_para_diagnostico_tratamiento_control_de_diabetes_mellitus_tipo_2.pdf
19. Federación internacional de diabetes. Atlas de la diabetes. 2015. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
20. Castillo BJ. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II. 2015; 24(1): 1 – 18
21. Carrasco NF, Galganif FJ, Reyes JM. Síndrome de resistencia a la insulina. Diagnosis and management [Internet]. 2013 [citado 5 Sep 2013]; 24 (5): 827 – 837. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401370230X>
22. Fundación para la diabetes. Tipos de diabetes [Internet]. 2015 [citado 18 Feb 2015]; Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/177/tipos-de-diabetes>
23. Oyarsabal IM. Tratamiento y complicaciones de la Diabetes mellitus tipo I [Internet]. 2012 [citado 11 Abr 2012]; 1(1): 7-32. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/documentos/consenso/cap23.pdf>
24. Diabetes gestacional [Internet]. España. Zonahospitalaria; 2016 [actualizado 10 Mar 2016; citado 28 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.zonahospitalaria.com/diabetes-gestacional-sintomas-tratamiento-y-causas/>
25. Adultos mayores [Internet]. Colombia. SlideShare; 2012. [actualizado 4 Ago 2012; citado 2 Nov 201]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/sdtaveran/adulto-mayor-14998301>

26. Martínez CP. Estilos de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2014; 38(2): 1-14
27. Espinosa AM, Muños CF, Portillo SJ. Clasificación a las personas mayores. Una visión dinámica [Internet]. 2014 [citado Nov 2013]; 20 (2): 45- 50. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>
28. Aristizábal HG, Borjas MD, Sánchez RA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. 2011; 8(4): 1-8
29. Meriño JL, Vásquez MM, Palacios M. Nola Pender. El cuidado [Internet]. 2012 [citado Jun 2012]; 22(2): 1-3. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
30. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2011. p. 5-6, 8,12
31. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º ed. Editorial El Servier, Ámsterdam; 2007. p. 268-277.
32. Ventura E, Flores E. Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo II en el Nivel de Conocimiento y Autocuidado del paciente Diabético del Hospital Tomás La Forá - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008. p. 6-8.
33. Aristizábal HG, Borjas MD, Sánchez RA. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. 2011; 8(4): 1-8
34. Meriño JL, Vásquez MM, Palacios M. Nola Pender. El cuidado [Internet]. 2012 [citado Jun 2012]; 22(2): 1-3. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>.
35. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de

Trujillo; 2011. p. 5-6, 8,12

36. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º ed. Editorial El Servier, Ámsterdam; 2007. p. 268-277.
37. Ventura E, Flores E. Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo II en el Nivel de Conocimiento y Autocuidado del paciente Diabético del Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008. p. 6-8.
38. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 1^{ra} edición, 40, p.16-20.

VIII.- ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Ficha de Recolección de Datos



“ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2016”

I. Datos Generales:

EDAD: _____ SEXO: F () M () ESTADO CIVIL: _____
NÚMERO DE HIJOS: _____ OCUPACIÓN: _____
GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____ INGRESO ECONÓMICO: _____
VIVIENDA: _____ SERVICIOS BÁSICOS: _____

CUESTIONARIO IMEVID

(Cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2)

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz (X) en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

ITEM	PUNTUACIÓN		
	4	2	0
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	0 a 1	2	3 o más
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
4. ¿Cuántas frituras de harina come al día?(cachangas,torta de choclo,etc)	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 alimento 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. 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
	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?			
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 a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos 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 charlas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna
18. ¿Trata de obtener información sobre 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
	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre

21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?			
22. ¿Hace su máximo esfuerzo por controlar 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 insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

ESCALA PARA DETERMINAR ESTILO DE VIDA

Puntaje	Diagnóstico De Estilo De Vida
<75 Puntos	No Saludable
75-100 Puntos	Saludable



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
II EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2016”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

DNI _____, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:
“Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital General de Jaén, 2016”

Y que habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se

vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación, asegurándome la máxima confidencialidad.

Por lo que suscribo en la fecha.

Morro Solar-Jaén.....2016

Nombre

DNI