



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA

TESIS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – CLÍNICAS Y
ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II, DEL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS– 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. ALEGRÍA GUZMÁN, Greisy Karlita.

Bach. Enf. MANRIQUE WONG, Joyci Elizabeth.

Bach. Enf. PÉREZ CASTELLANO, Mariel Ruth.

ASESORES:

Dra. Rossana Torres Silva.

Mgr. Saúl Flores Nunta.

IQUITOS – PERU

2014

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – CLÍNICAS Y
ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II, DEL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS– 2014”**

Presentado por:

Bach. Enf. ALEGRIA GUZMAN, Greisy Karlita.

Bach.Enf. MANRIQUE WONG, Joyci Elizabeth.

Bach. Enf. PEREZ CASTELLANO, Mariel Ruth.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, de la ciudad de Iquitos durante el año 2014. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La población estudiada lo constituyeron un total de 348 pacientes con Diabetes, de ambos sexos, cuya muestra estuvo constituida por la totalidad de 180 (100%) pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, que acudieron al programa y fueron seleccionados por conveniencia. Para la recolección de los datos se utilizó 02 instrumentos: una ficha de caracterización para identificar características sociodemográficas, clínicas y un cuestionario para medir el estilo de vida en Diabéticos. Los resultados obtenidos fueron: 52,8% se encuentran en etapa de adultos intermedios, 57,8% son de sexo femenino, 55,0% son convivientes, 68,3% proceden de zona urbana, 55,6% manifestaron tener grado de instrucción secundaria y 26,7% manifestaron tener negocio propio; 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. Para establecer la relación de las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida en diabéticos atendidos en el C.S. San Juan, se sometieron estos resultados a la prueba estadística de Chi cuadrada (X^2), con un $\alpha = 0.05$ que determinó que existe relación estadísticamente significativa entre las variables: ocupación y estilo de vida, donde $X^2_c = 9.797$; el índice de masa corporal y estilo de vida, donde $X^2_c = 25.559$, glucemia y estilo de vida, donde $X^2_c = 19.300$. No existe relación estadísticamente significativa entre las variables: edad y estilo de vida, donde $X^2_c = 5.044$, sexo y estilo de vida, donde: $X^2_c = 2.814$, estado

civil y estilo de vida, donde $X^2_c = 4.299$, procedencia y estilo de vida, donde $X^2_c = 1.465$, grado de instrucción y estilo de vida, donde $X^2_c = 1.016$, tiempo de la enfermedad y estilo de vida, donde $X^2_c = 7.155$, consultas médicas al año y estilo de vida, donde $X^2_c = 3.567$. 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 enfermedad y por ende la intervención oportuna de aquellos pacientes que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir los índices de morbilidad y costos de atención que requieren los tratamientos a causa de complicaciones de la diabetes mellitus tipo II en la región y país.

Tesis aprobada en sustentación pública, el día Viernes 11 de Abril del 2,014 por el
Jurado calificador:

.....
Dra. Elsa REYNA DEL AGUILA
PRESIDENTA

.....
Mgr. Ernesto CONCHA LA TORRE
MIEMBRO

.....
Dra. Rossana TORRES SILVA
MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por ser mi principal camino y fortaleza en mi formación personal y profesional.

A mi mamá por su gran apoyo, por estar siempre conmigo, ser mi fiel confidente y forjadora de todo lo soy y tengo.

A mi hermana, porque con sus experiencias vividas aprendí a distinguir lo bueno y lo malo en esta vida.

A mis docentes porque con sus experiencias y enseñanzas me formaron e inculcaron lo mejor de la ciencia de enfermería.

Greisy Karlita Alegría Guzmán

DEDICATORIA

A Dios por permitirme estar en este mundo, darme salud y vida; por ser mi principal camino y fortaleza en mi formación personal y profesional.

A mis padres por su gran apoyo; por estar conmigo en todo momento y brindarme todo su amor.

A mis hermanos, porque comparten conmigo gratos momentos y me ayudan en todo lo que necesito.

A mis familiares y mis amigos; por brindarme afecto y ayudarme en todo lo necesario.

A mis estimados docentes; por sus enseñanzas, experiencias, valores brindadas incondicionalmente que me sirven en la vida.

Joyci Elizabeth Manrique Wong

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por ser mi principal guía y fortaleza en mi formación personal y profesional. Por estar siempre presente en vida, bendecirme diariamente a cada momento. Gracias Dios Jehová Todopoderoso. Te Amo.

A mis hermanos (as): Alan, Héctor, Mao, Nelly y Carmen., por el apoyo económico y emocional que me brindaron; dado a que con sus experiencias vividas aprendí a distinguir lo bueno y lo malo en esta vida. Los quiero.

A una persona muy especial: Edward, por su valioso tiempo, apoyo y amor que me brinda.

A mis padres por su apoyo incondicional, por estar siempre conmigo. En especial, a mí amada madre por su sacrificio constante y brindarme su apoyo. Te amo mamita: Isabel Castellano Arévalo.

A mis docentes por ser guías en mi formación profesional y ejemplo a seguir. En especial a: Dra. Rossana Torres, Elena Lázaro, Matilde Rojas, Carmen Díaz, Ruth Vílchez, Rosario Bardales, Hilda Montoya.

Mariel Ruth Pérez Castellano

PÁGINA DE RECONOCIMIENTO

- A la Dra. Rossana Torres Silva; por el profesionalismo y dedicación en la orientación de la presente investigación, por sus aportes y paciencia. Un gran ejemplo para seguir en nuestras vidas.
- A los miembros del jurado del presente estudio de investigación: Dra. Elsa Reyna Del Águila, Dr. Ernesto Concha La Torre, Dra. Rossana Torres Silva, por su apoyo incondicional y tiempo brindado.
- A todas las docentes que contribuyeron en el desarrollo del presente trabajo de investigación con sus aportes y experiencias compartidas.
- A la Lic. Dennis Mora y al Méd. Harold Cervantes; por facilitarnos en la ejecución del trabajo de investigación realizado en el Centro de Salud “San Juan”, que prestigiosamente dirigen.
- Al Ing. Saúl Flores Nunta; por su asesoría estadística que contribuyeron en la realización del trabajo de investigación.
- A los 180 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que voluntariamente participaron en el presente trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDO.

	N° pág.
CAPITULO I	13
1. Introducción.....	13
2. Planteamiento del problema.....	16
3. Objetivos.....	17
CAPITULO II	18
1. Marco teórico.....	18
1.1 Antecedentes.....	18
1.2 Bases teóricas.....	26
2. Definiciones operacionales.....	39
3. Hipótesis.....	44
CAPITULO III	45
C) Metodología.....	45
1.1 Método.....	45
1.2 Diseño.....	45
2. Población y Muestra.....	47
3. Técnicas e Instrumentos.....	48

4. Procedimiento de recolección de datos.....	50
5. Análisis de datos.....	52
6. Protección de los derechos humanos.....	53
CAPITULO IV	54
d) Resultados.....	54
e) Discusión.....	70
f) Conclusiones.....	76
g) Recomendaciones.....	78
h)Referencias bibliográficas.....	79
1. ANEXOS	82

INDICE DE TABLAS

TÍTULO	N° pág.
1) Características Sociodemográficas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	54
2) Características Clínicas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	56
3) Estilo de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	58
4) Edad según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	59
5) Sexo según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	61
6) Estado civil según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	62
7) Procedencia según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	63
8) Grado de Instrucción según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	64
9) Ocupación según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	65
10) Tiempo de la enfermedad según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	66

11) Índice de Masa Corporal según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	67
12) Número de consultas según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	68
13) Glucemia según estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en el C.S. San Juan, Iquitos-2014.....	69

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que dura toda la vida (crónica), en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. Es la forma más común de esta enfermedad. A nivel mundial se está incrementando, debido al crecimiento de población, edad, urbanización y el incremento de la prevalencia de obesidad e inactividad física; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en adultos el número de personas con diabetes se elevará de 285 millones en el 2010 a 439 millones de pacientes en el 2030. La causa principal del aumento de la Diabetes Mellitus Tipo II es el cambio en los estilos de vida y muy especialmente en casos de obesidad. En los años venideros el impacto será aún mayor, por el aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países y la importancia de ésta como factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes. ¹

La diabetes mellitus tipo II afecta a más de 2 millones de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados y es considerada como una de las enfermedades crónicas más comunes, que se desarrolla lentamente con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de manera correcta. Puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos. Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante, un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo, aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. ²

En la actualidad se estima que en el Perú el 91,1% de los casos registrados al I semestre del 2013, corresponden a DM tipo II, el 1,7% corresponde a DM 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), a personas entre 45 y 64 años y el 32,0% (1601), a personas de 65 a más años. Un 1,1% (56), no tienen una edad registrada.

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 escases de los estilos de vida saludable en nuestra población.

Recientes estudios informados por el Ministerio de Salud revelan una prevalencia de diabetes de 1 a 8% de la población general, encontrándose Piura y Lima como los más afectados y siendo la décimo quinta causa de mortalidad. La situación es preocupante por la elevada morbimortalidad de los 2 millones de peruanos afectados por la Diabetes Mellitus tipo II, la mitad está sin tratamiento debido a que

no conocen padecer la enfermedad, la misma que afecta la calidad de vida y tiene un gran impacto económico. Se sabe que muchas de las complicaciones de esa enfermedad podrían prevenirse o retrasarse, enfatizando la promoción de estilos de vida saludable en el primer nivel de atención primaria y la comunicación a la población en general. ³

En nuestra localidad en el año 2012, se registraron en Hospitales del MINSA 2,696 casos nuevos de pacientes con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus Tipo II, cifra que va en aumento diariamente hasta la actualidad. ⁴

Por tanto, esta enfermedad crónica en nuestro país y región, constituye un problema de salud pública por ser una de las causas principales de mortalidad en los adultos; y no habiendo estudios previos que evalúen las características Sociodemográficas, Clínicas y Estilo de vida en los pacientes diabéticos a nivel local, se considera necesario investigar dichas variables.

Cuyos resultados 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, priorizando en aquellos factores que predisponen a desarrollar esta enfermedad y por ende la intervención oportuna de aquellos pacientes que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir los índices de mortalidad y costos de atención de los tratamientos a causa de complicaciones de la diabetes mellitus tipo II en la región y en la país. Por lo que se plantea la siguiente interrogante: **¿Existe relación entre las características sociodemográficas-clínicas y el estilo de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos 2014?**

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre las características socio demográficas – clínicas y el estilo de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014?

3. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la relación entre las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociales (grado de instrucción, ocupación) y demográficas (edad, sexo y estado civil) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014.
2. Describir las características clínicas (tiempo de enfermedad, índice de masa corporal, consultas al médico al año, ultimo control glucémico) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014.
3. Valorar el estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencia terapéutica) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014.
4. Relacionar estadísticamente las características sociales – demográficas, clínicas y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos - 2014.

CAPITULO II

1) MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Romero-Márquez y col. (México, 2011) realizó un estudio “Estilos de vida y diabetes”, cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida del paciente con diabetes mellitus tipo II, y evaluar si los estilos de vida propician un mayor deterioro, para proponer alternativas y mejorar los programas de atención. Dicho estudio fue de tipo transversal, observacional y de asociación, en donde participaron 166 pacientes de uno y otro sexo, con consentimiento informado, mayores de 20 años de edad, con 5 a 10 años de evolución de la enfermedad una vez diagnosticados. Entre los instrumentos aplicados tuvieron: a) Una ficha de identificación con codificación y datos de identificación del paciente, unidad de medicina familiar de procedencia y años de evolución de la enfermedad, cumpliéndose con los aspectos de confidencialidad, b) Una encuesta sociodemográfica con reactivos que identifican datos referentes a ingreso salarial, estado civil, nivel de escolaridad, asociación con grupos de apoyo, grupos SODHI o de tipo informativo, c) La encuesta IMEVID, que evalúa aspectos de nutrición, actividad física, toxicomanías, orientación e información sobre la enfermedad, emociones. Entre los resultados obtenidos del estudio se encontró que el rango de edad osciló entre 30 y 59 años, con una media de 53.5 ± 6.6 años, siendo el grupo de 50 a 59 años el de mayor frecuencia (72.7 %), el 54.7 % Correspondió al masculino y

45.3% al femenino siendo estos resultados significativos; $p=0,033$. En cuanto a la distribución por tiempo de evolución de la enfermedad se obtuvo un promedio de 8 ± 2.08 años, donde 56 % de los pacientes tenía de cinco a nueve años y 44 % de 10 a 14 años de iniciada su patología. En cuanto a la ocupación, 36.7 % de las personas contaba con negocio propio; asimismo, se demostró que estas diferencias fueron significativas ($p < 0.000$). El nivel educativo de las personas con diabetes mellitus fue bajo y resultó 12.7 % de analfabetismo y 65.7 % con estudios máximos de primaria o secundaria; solo 7.3 % tuvo estudios de licenciatura, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.029$). En cuanto al estilo de vida, 38.6% salieron con un inadecuado estilo de vida, mientras que el 59.3%, con un adecuado estilo de vida. ⁵

Romero E. y col. (Colombia-2010) en su estudio descriptivo “Estilos de vida de personas con diabetes Mellitus tipo II residentes en Cartagena Colombia”, cuyo objetivo fue determinar las características sociodemográficas y el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. La muestra estimada fue de 315 pacientes de una población constituida por personas inscritas a los programas para el control de la Diabetes Mellitus tipo II de tres instituciones de salud de la ciudad de Cartagena. Encontraron un promedio de edad de 57,1 años siendo estos resultados significativos ($p=0.013$), donde el 50.2% (158) son hombres. El 50,8% (160) de los diabéticos encuestados fueron casados; el 30,5% (96) son del estrato socioeconómico dos, seguido por el estrato tres con 27,6% (87). Respecto al nivel de escolaridad gran parte de la población (31,1% (98)) realizó estudios técnicos o superiores. así mismo se encontró que estas diferencias

fueron significativas ($p=0,002$) El 45,4% (143) de los encuestados son empleados, siendo los desempleados 31,1% (98) estas diferencias fueron significativas ($p=0,033$). En su análisis de estilos de vida en la valoración del índice global encontraron que el 62,2% (195,9) obtuvo un porcentaje mayor de 50 puntos, lo que refleja un buen estilo de vida; el 37,8% (119,1) restante presenta un deficiente estado de salud o peor estilo de vida.⁶

López J (México, 2009) en su estudio “Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”, de tipo observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuyo objetivo fue la construcción de un instrumento que permita medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus. Los coeficientes de correlación intra-clase para la validez lógica y de contenido fueron de 0.91 y 0.95, respectivamente. Después de la depuración de ítems se obtuvo un instrumento conformado por 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. El alfa de Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84. Obtuvieron los siguientes resultados: Cuya muestra fue en total 412 pacientes, de los cuales 389 (94.4%) respondieron completo el cuestionario y fueron incluidos en el análisis. Rechazaron la invitación a participar ocho pacientes. La edad de las mujeres estaba comprendida entre 19 y 80 años, media \pm desviación estándar (DE)= 54.8 ± 10.8 , y la de los hombres entre 19 y 78 años, media \pm DE=

56.0±11.8. El tiempo desde el diagnóstico de la DM2 en el género femenino tuvo un mínimo de 1 mes y un máximo de 30 años, media ± DE= 6.7±6.0, en tanto que en el género masculino el mínimo fue de 1 mes y el máximo de 33 años, media ± DE= 7.1±8.8 años. 7

Montejo, C. (México 2009) en su estudio “Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y el modelo de Wallston. Utilizaron 5 instrumentos, uno para recoger datos sociodemográficos, el Instrumento para medir Estilo de Vida en Diabéticos, la escala multidimensional de locus de control en salud, y las escales de valor asignado a la salud y de autoeficacia generalizada. Obtuvieron cifras de HbA de cada paciente y sus medidas antropométricas. Estimaron correlaciones a través del coeficiente de Spearman y la razón de proporciones. Sexo mujer 79.5% (89), casado el 58.9% (66), secundaria 29.5% (33), negocio propio el 57.1% (64). En esta población, el índice de masa corporal promedio fue de 29 + 5.32, al clasificarlo de acuerdo a los lineamientos de la OMS13 21.4% tienen IMC normal (n=24), 47 tienen sobrepeso (42%) y 41 personas (36.6%) son obesas, siendo estas diferencias significativas p=0.005. el tiempo de evolución de la enfermedad seis a diez años siendo estos resultados significativos; p=0.011. La edad en esta población abarca desde los 36 años y un máximo de 86 años, siendo estas diferencias significativas p=0.015. Siendo la media de 60.4, + 10,7 años. Al punto de corte de 60 puntos en el IMEVID; se clasificó a las personas en buen estilo de vida y mal estilo de vida. Así, 65 personas tienen un mal estilo de vida, (58%) y 47 un buen estilo de vida (42%). Los

estilos de vida del paciente diabético en las UMF investigadas son en su mayoría inadecuados.⁸

Roberto R (México, 2009), en su estudio “Asociación entre los dominios (estilo de vida) de IMEVID con glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo II”, cuyo objetivo determinar si existe asociación entre los dominios (estilo de vida) de IMEVID con glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La muestra fue seleccionada por conveniencia, en el orden de asistencia a consulta de los pacientes. La población estimada fue de 3,250 pacientes que asisten en promedio dos veces al año a la consulta de la Clínica de Diabetes de la Unidad de Especialidades Médicas. Finalmente, una vez aplicados los criterios de exclusión y eliminación, fueron analizadas 354 observaciones. Las pruebas estadísticas aplicadas para buscar diferencias de glucemia y estilo de vida (IMEVID y sus siete dominios) entre las categorías de las variables sociodemográficas que describen a la población fueron: prueba Z, ANOVA, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. En las características sociodemográficas se encontró significancia: edad 36-60 años siendo este resultado significativo: $p=0.007$. Grado de instrucción el 53% secundaria completa, siendo este resultado significativo; $p=0.035$. Características clínica: IMC el 67% con sobrepeso, siendo este resultado significativo; $p=0.002$. Tiempo de la enfermedad 4-10 años de evolución el 72% siendo este resultado significativo $p=0.021$. El 48% (168) de los pacientes tienen un buen estilo de vida y el 62% (186) tienen un mal estilo de vida.⁹

Corona-J. (México, 2009), en su estudio “Relación entre estilo de vida y control glucémico en pacientes con DM tipo II” de tipo casos y controles en el departamento de medicina familiar de un centro hospitalario de segundo nivel de atención. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el estilo de vida evaluado por el IMEVID y el control glucémico medido por HbA1c en pacientes con DM2, con una muestra de 39 pacientes. Como instrumento para la medición del estilo de vida se utilizó el cuestionario IMEVID (Instrumento para la Medición del Estilo de Vida en Diabéticos), un cuestionario de autoadministración constituido por 25 preguntas agrupadas en 7 dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. La validez lógica y de contenido fue evaluada por un panel de expertos, con un grado de acuerdo medido por coeficiente de correlación intra-clase de 0.91. Tiene una consistencia interna calculada por α de Cronbach de 0.81. En cuanto a sexo se observó una proporción más dispareja en el grupo de casos (79% femenino y 21% masculino) que en el grupo control (59% femenino y 41% masculino). En cuanto a años con diagnóstico de diabetes mellitus, en ambos grupos la mayor proporción se encontró entre los 11 y 20 años de diagnóstico (57% en los casos y 48% en los controles). Siendo este resultado significativo ($p=0.0022$). Por último, la calificación IMEVID para estilo de vida el 35.7% (13) presentan un adecuado estilo de vida, mientras que el 62.5% (26) inadecuado estilo de vida.¹⁰

A nivel nacional:

Corbacho A. (Perú, 2009) en su estudio “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”, cuyo objetivo fue

determinar el conocimiento y la práctica de estilos saludables en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La población total fue de 540 pacientes con diabetes, que acudieron al programa de control de diabetes del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los resultados obtenidos por los autores encontraron un promedio de edad de 46 años, donde el 56.2% (303) son hombres, estos resultados son significativos ($p=0.042$). Respecto al nivel de escolaridad gran parte de la población 35.1% (190) realizó estudios secundarios. Siendo este resultado significativo ($p=0.012$). El 52.8%(285) presentan sobrepeso; siendo estos resultados significativos ($p=0.002$). Los pacientes con conocimiento malo, que presentaron estilos de vida negativos, 54,4%; (293) y el 45.6%; (247), pacientes con un nivel de conocimiento bueno.¹¹

A nivel local

Pilco, V; Vásquez, A; Mozombite, G. (Iquitos, 2011) en su estudio “Factores socio demográficos relacionados al autocuidado del adulto mayor con diabetes en centros de atención primaria Essalud”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las variables en estudio. El tipo de estudio descriptivo, correlacional, transversal; la muestra estuvo constituida por 149 (100%) adultos mayores con diabetes, aplicaron un cuestionario de factores sociodemográficos y la escala de valoración del autocuidado físico del adulto mayor con diabetes. Como resultado obtuvieron que de 149 de los adultos mayores con diabetes, 140 (94.0%); de los cuales el 88.6% de los adultos mayores con diabetes fueron entre 60 a 74 años de edad, con

una edad promedio de 66 años, estos resultados fueron significativos $p=0,023$ entre mujeres y hombres y una desviación estándar (DS) 6,7; el sexo que mas predominó fue el femenino con el 61,7%; el 39,6% de adultos mayores con diabetes tuvieron grado de instrucción secundario este resultado significativo ($p=0.043$); en cuanto al estado civil el 61,1% son casados y el 67,8% tiene negocio propio. ¹²

1.2. BASE TEÓRICA:

A) **CARACTERÍSTICAS SOCIALES.-** Conjunto de normas, leyes, principios que determinan o influyen en el proceder o comportamiento de los individuos de una sociedad. Dicho de aquellas cualidades, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes. Y se clasifica en los siguientes indicadores: Grado de Instrucción y Ocupación.

a) **Grado de instrucción:**

Según J. Brunner ¹³ sostiene que el grado de instrucción es el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona y se clasifica en:

- **Primaria:** es cuando la persona alcanzó educación primaria completa o incompleta.
- **Secundaria:** es cuando la persona alcanzo educación secundaria completa o incompleta.
- **Superior no universitario:** es cuando la persona alcanzo educación superior técnica completa o incompleta.
- **Superior universitaria:** es cuando la persona alcanzo educación superior universitaria completa o incompleta.

b) **Ocupación:** empleo o actividad sea remunerado o no; que ejerce la persona. Y se clasifica en:

- **Negocio propio:** Es la condición de poseer un trabajo en la cual la persona que lo lidera es un ser autónomo o empresario individual, que tiene espacio para usar su imaginación y planificación y, además de

hacer dinero, tan sólo él o ella toma decisiones sobre su trabajo. Por otro lado, él o ella pierden la seguridad de un sueldo regular y, además, a menudo debe invertir cantidades considerables de dinero en algo, sin la certeza de cómo se desarrollarán las cosas. Algunos ejemplos de negocio propio son: el trabajo de un negociador o un agente comercial, o actividades de asesoramiento que no dependan inmediatamente de una oficina, emplomado, hojalatería, albañilería, techado, decoración, sastrería, una panadería, confitería, carnicería, taller mecánico de coches, carpintería, barbería, peluquería, zapatería, bufete de abogados; es decir actividades que requieren de equipamiento e instalaciones más caras - producción industrial, estaciones de servicio, hoteles, grandes almacenes, etc. ¹⁴

- **Profesional:** Es toda persona que puede brindar un servicio o elaborar un bien, garantizando el resultado con calidad determinada. Puede ser una persona con un título universitario o técnico para el caso de las disciplinas de la ciencia y las artes, puede ser un técnico en cualquiera de los campos de aplicación de la tecnología, o puede ser una persona con un oficio determinado.
- **Obrero:** aquella persona que realiza ciertos oficios de la construcción, tradicionalmente considerados como mano de obra no calificada. Es decir, tiene por oficio hacer un trabajo manual o que requiere esfuerzo físico y que es empleada por otra persona, especialmente en una industria o en el sector de la construcción y recibe remuneración por ello. Estos son necesarios en la división del trabajo y actúan como los asistentes de otros oficios, por ejemplo, los operadores. ¹⁵
- **Desempleado:** hace referencia a la situación del trabajador que carece de empleo y, por tanto, de salario.

- **Ama de casa:** aquella persona que realiza actividades domésticas dentro del hogar sin remuneración.

B) **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.-** es el estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo. Por lo tanto estas características, son cualidades que se consideran en el análisis de una población determinada. ¹⁶ Se clasifican en:

- a) **Edad:** es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento presente, se mide en días, meses o años y está determinada por diferentes etapas, entre ellas:
- Adulta Temprana (entre los 18 y 24 años)
 - Adulta Intermedia (de los 25 a los 54 años)
 - Adulta Pre mayor (de 55 a 59 años)
 - Adulto Mayor (de 60 a más años)
- b) **Sexo:** son las características físicas y biológicas que diferencian a varones y mujeres la que determinara su condición de género. Es decir, originalmente se refiere simplemente a la división del género humano en dos grupos:
- Hombre.
 - Mujer.

El sexo es una de las variables básicas en el análisis demográfico y en el proceso de envejecimiento tiene un comportamiento diferencial.

c) **Estado civil:** es la condición conyugal del adulto y su relación con los derechos civiles que se considera:

- Soltero: es el término que se utiliza para designar a una persona que no tiene pareja.
- Casado: aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- Conviviente: es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años.
- Viudo: aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

C) **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.-** Son aquellas manifestaciones que determinan el inicio y la evolución de la enfermedad en el paciente. ¹⁷ Se clasificó en:

a) **Tiempo de la enfermedad:** Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico de diabetes mellitus tipo II hasta la fecha actual.

b) **Índice de masa corporal:** Es un índice o indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el estado nutricional en los adultos en la práctica clínica. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). Es válido para un adulto hombre o mujer (de 18 a más años). ¹⁸

Clasificación de IMC (Según OMS)	
<18,5	Bajo Peso
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad tipo I
35-39,9	Obesidad tipo II
>40	Obesidad tipo III

Fuente: OMS.

- c) **Número de consultas médicas al año:** definida como la frecuencia o número de consultas que acude el paciente diabético al médico, para tratar su afección.
- d) **Valor glucémico:** es un examen que mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre. Es el valor numérico de la glucosa en sangre obtenido mediante la toma del Hemoglucotest en ayunas; cuyos valores normales son: 70 a 110 mg./dl. Cuando el nivel de azúcar en sangre se eleva y permanece por encima de lo normal, mayor de 110 mg./dl, se conoce como Hiperglucemia. Las causas que la ocasionan son: el estrés emocional, la azúcar extra que producida por el hígado, el estrés físico por enfermedad o dolor, no tomar la suficiente medicina para la diabetes, no tomar la medicina correcta para la diabetes y hacer menos ejercicio de lo usual. El problema de la hiperglucemia es que se puede sentir bien aunque el nivel de azúcar en la sangre este demasiado alto, los síntomas pueden ser leves o aparecer tan lentamente que no se nota, lo síntomas son: mayor apetito o sed de lo usual, cansancio, somnolencia, infecciones frecuente, necesidad de orinar con frecuencia especialmente en

la noche, piel seca o picazón, visión borrosa, curación lenta de cortes o llagas. ¹⁹

D) ESTILO DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud, considera los estilos 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, determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, es decir, como “patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas”.

El estilo de vida constituye un importante agente etiológico de la enfermedad de Diabetes y de la aparición de complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente. Es por ello, que el conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, obesidad, consumo de alcohol y de tabaco, entre otros, se han asociado con la ocurrencia, curso clínico y control de la enfermedad. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes mellitus o cambiar su historia natural. ²⁰

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA MEDIR ESTILO DE VIDA

Para evaluar estilos de vida se utilizó el instrumento **IMEVID** (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos), validado y creado en el Instituto Mexicano

del Seguro Social, de tipo autoadministrado para pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II, que consta de 25 reactivos, constituido por preguntas cerradas de opción tipo Likert, de donde se obtiene una escala de 0 a 100 puntos. El resultado de la escala sumativa directa de los reactivos con valores 0, 2 y 4, donde 0 es la conducta indeseable, 2 conducta regular y 4 conducta deseable.²¹

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

- ❖ **Nutrición** (preguntas del 1 al 9, con una puntuación máxima de 36).
- ❖ **Actividad física** (preguntas del 10 al 12, con una puntuación máxima de 12).
- ❖ **Consumo de Tabaco** (preguntas del 13 al 14, con una puntuación máxima de 8).
- ❖ **Consumo de Alcohol** (preguntas del 15 al 16, con una puntuación máxima de 8).
- ❖ **Información sobre la Diabetes** (preguntas del 17 al 18, con una puntuación máxima de 8).
- ❖ **Emociones** (preguntas del 19 al 21, con una puntuación máxima de 12).
- ❖ **Adherencia Terapéutica** (preguntas del 22 al 25, con una puntuación máxima de 16).

En estos dominios, porcentajes hasta 69 % es considerado Inadecuado Estilo de Vida, porcentajes de 70 al 100 % es considerado como adecuado estilo de vida. Es decir el **IMEVID** evalúa aspectos de nutrición, actividad física, toxicomanías, orientación e información sobre la enfermedad y aspectos emocionales.

E) DIABETES MELLITUS:

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por un aumento en la concentración de la glucosa sanguínea (hiperglucemia) y por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas.

La diabetes mellitus está asociada con una deficiencia relativa o absoluta en la secreción y/o en la acción de una hormona secretada por el páncreas: la insulina.²²

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) adoptó una clasificación etiológica de los desórdenes asociados al metabolismo de la glucosa en el ser humano, estableciendo los siguientes tipos de diabetes:

- ❖ Diabetes tipo I: caracterizada por una destrucción de las células beta del páncreas, y que usualmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Puede ser autoinmune o idiopática.
- ❖ Diabetes tipo II: comprende un cuadro que va desde el predominio de una resistencia a la insulina con una deficiencia relativa de secreción de dicha hormona, hasta defectos de secreción predominantes con resistencia a la insulina.
- ❖ Otros tipos de diabetes relacionados con defectos genéticos de la función de la célula beta, de la acción de la insulina, endocrinopatías, inducida por medicamentos, etc.
- ❖ Diabetes gestacional: manifestada por algún grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo.

SÍNTOMAS

Existen varios síntomas que nos advierten sobre el padecimiento de la enfermedad, los cuales varían dependiendo de cada persona, señalándose a continuación los más comunes:

1. Poliuria, emisión excesiva de orina.
2. Polidipsia, aumento de la sed, debido a la cantidad de micciones al día.
3. Polifagia: que es el aumento del apetito, de la necesidad de comer.
4. Prurito, picores en diferentes partes del cuerpo.
5. Infecciones.
6. Enfermedades cardiovasculares asociadas.
7. Adormecimiento de manos y pies.
8. Cansancio y agotamiento sin necesidad de realizar muchas labores.
9. Pérdida de peso sin razón aparente.

Cuando se presenta alguno de estos síntomas, es necesario acudir a un Médico Endocrinólogo, debiendo realizarse diferentes exámenes de laboratorio y físicos, con la finalidad de conocer si es Diabetes Mellitus lo que provocó esta sintomatología en nuestro organismo.

DIAGNÓSTICO

La forma más sencilla de diagnosticar la Diabetes Mellitus, es midiendo la cantidad de glucosa en la sangre (Glucemia), siendo lo ideal medirla en la sangre venosa y con la persona en ayunas.

Existe también otro método denominado Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa, que consiste en extraer sangre de una persona en ayunas en las primeras horas del día, y luego de ello deberá desayunar normalmente, regresando al laboratorio en un lapso de 02 horas para una nueva extracción de sangre, lo cual permitirá saber si la persona tiene alterados los mecanismos de metabolización de la glucosa.

Actualmente existen medidores portátiles de glucosa, que en menos de 30 segundos permiten conocer su volumen en la sangre, mas no es recomendable realizarse sólo esta prueba a efectos de diagnosticar la existencia de la enfermedad, puesto que resulta necesario practicar un examen de laboratorio.

Otro método diagnóstico eficaz para la diabetes mellitus es la hemoglobina glucosilada (HbA1c). La HbA1c refleja el control glucémico a largo plazo y es una prueba más exacta y estable que la medición de glucosa en sangre. Tiene menor error que la medición de glucosa en ayunas. Además existe una mayor correlación entre los niveles de glucemia postprandial y de HbA1c que de esta con la glucemia en ayuno.

Por lo tanto la HbA1c se ha convertido en el centro del manejo clínico de hiperglucemia del paciente con diabetes.

Tiene además la ventaja de poder aplicarse a cualquier hora del día y sin importar si el paciente se encuentra en ayuno o no.²³

Diabetes Mellitus: El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

1. Glucemia (en cualquier momento) ≥ 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)

2. Dos o más glucemias ≥ 126 mg/ dl.

3.-Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glucemia a los 120 minutos post sobrecarga ≥ 200 mg/dl.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glucemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glucemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glucemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en medicamentos, dieta y ejercicio para controlar el azúcar en la sangre y prevenir síntomas y problemas.²⁴

El tratamiento de la Diabetes Mellitus tiene como sustentos fundamentales:

- 1. Plan de alimentación:** Un plan de alimentación va más allá de lo que entendemos por una “dieta”. Debe ser un proyecto individualizado a las necesidades de cada persona, contemplando objetivos relacionados con la consecución de un peso óptimo. Este plan deberá contener una baja cantidad de alimentos que contengan excesiva cantidad de grasa y azúcar, pues tales ingredientes contribuyen a que la sangre no fluya normalmente en nuestro organismo. Es conveniente incluir en la dieta alimentos ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Así que se debe de limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control del peso.

2. **Plan de ejercicio físico:** Presenta las mismas características que la alimentación en cuanto a la meta principal. Lo ideal es cubrir al menos 30 minutos diarios de actividad física sostenida.

El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio.

3. **Medicación:** Existen variadas disposiciones farmacológicas para el tratamiento de la Diabetes Mellitus, debiendo el paciente observar escrupulosamente las prescripciones que su médico le indique en cuanto a dosis, horario y relación de la medicación con la comida, entre otras.

Los Hipoglucemiantes orales: son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con Diabetes Mellitus No Insulina Dependiente. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta

4. **Hábitos generales:** quizás el principal consejo que todo paciente con diabetes debe recibir es que NO FUME. El tabaco es un importante factor de riesgo cardiovascular, especialmente para los diabéticos.

Los cuidados e higiene de los pies y de la piel en general también deben ser considerados, pues en los diabéticos las heridas no se cierran con facilidad, pudiendo originarse infecciones.

5. **Plan de autocontrol:** todo paciente diabético debe ser instruido en las técnicas básicas del autocontrol de su enfermedad y en el aprendizaje de las acciones que debe emprender ante las incidencias más comunes.

6. **Controles periódicos:** una parte fundamental del tratamiento de la diabetes son los controles periódicos, no sólo en relación de las pruebas de análisis que permitan afirmar o modificar el resto del tratamiento, sino las relacionadas con la detección precóz de complicaciones de la enfermedad.

2) DEFINICIÓN OPERACIONAL

A) Características Socio Demográficas: constituyen la variable independiente del estudio, definida como el conjunto de patrones de tipo social y demográfico, que caracterizan al paciente con diabetes mellitus tipo II.

➤ Dentro de las **características sociales**, se consideran los siguientes indicadores:

a) Grado de instrucción: definida como el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Incluye los siguientes niveles:

- **Primaria:** cuando el paciente refiere que ha curso educación primaria completa o incompleta.
- **Secundaria:** cuando el paciente refiere que ha cursado educación secundaria completa o incompleta.
- **Superior:** cuando el paciente refiere que ha cursado educación superior técnica o universitaria completa o incompleta.

b) Ocupación: empleo o actividad sea remunerado o no que ejerce la persona.

- **Negocio propio:** Es la condición de poseer un trabajo en la cual la persona que lo lidera es un ser autónomo o empresario individual, que tiene espacio para usar su imaginación y planificación y, además de hacer dinero, tan sólo él o ella toma decisiones sobre su trabajo.
- **Profesional:** Es toda persona que puede brindar un servicio o elaborar un bien, garantizando el resultado con calidad determinada. Puede ser

una persona con un título universitario o técnico para el caso de las disciplinas de la ciencia y las artes, puede ser un técnico en cualquiera de los campos de aplicación de la tecnología, o puede ser una persona con un oficio determinado.

- **Obrero:** aquella persona que realiza ciertos oficios de la construcción, tradicionalmente considerados como mano de obra no calificada. Es decir, tiene por oficio hacer un trabajo manual o que requiere esfuerzo físico y que es empleada por otra persona, especialmente en una industria o en el sector de la construcción y recibe remuneración por ello. Estos son necesarios en la división del trabajo y actúan como los asistentes de otros oficios, por ejemplo, los operadores.
- **Desempleado:** hace referencia a la situación del trabajador que carece de empleo y, por tanto, de salario.
- **Ama de casa:** aquella persona que realiza actividades domésticas dentro del hogar sin remuneración.

➤ Dentro de las **características demográficas**, se consideran los siguientes indicadores:

- a) **Edad:** definida como el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento actual, medido en años. Se consideran los siguientes niveles:
 - Adulto Temprano (entre los 18 y 24 años)
 - Adulta Intermedia (de los 25 a los 54 años)
 - Adulta Pre mayor (55 a 59 años)
 - Adulto Mayor (60 a más años)

b) **Sexo:** definida como las características físicas y biológicas que diferencian al género humano. Se consideran 2 niveles:

- Hombre
- Mujer

c) **Estado civil:** definida como la condición conyugal del paciente y su relación con los derechos civiles. Se considera:

- Soltero: es el término que se utiliza para designar a una persona que no tiene pareja.
- Casado: aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.
- Conviviente: es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años.
- Viudo: aquella persona que no tiene pareja producto de la muerte del cónyuge.

B) Características Clínicas, constituye la variable independiente del estudio, definida como aquellas manifestaciones que refiere el paciente desde el inicio de su enfermedad. Se consideran los siguientes indicadores:

a) **Tiempo de la enfermedad:** Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico de diabetes mellitus tipo II hasta la fecha actual. Se clasificó en:

- De 1 a 5 años.
- De 6 a 10 años.
- De 11 a 15 años.
- De 16 a 20 años.
- De 21 a 25 años.

- b) **Índice de masa corporal:** definido como el valor obtenido a través del cálculo dividiendo el peso del paciente en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Se consideran los siguientes niveles:
- Normal.
 - Sobrepeso.
 - Obeso.
- c) **Número de consultas medicas al año:** definido como el número de citas que acude el paciente, al médico endocrinólogo durante el año. Se considera. Los siguientes niveles:
- De 1 a 4 veces al año.
 - De 5 a 8 veces al año
 - De 9 a 12 veces al año.
- d) **Valor glucémico:** definido como el valor numérico de glucosa en sangre obtenido mediante la toma del Hemoglucotest en ayunas. Se consideran 2 niveles:
- Normal: cuando el paciente obtenga valores numéricos de 70 a 110 mg./dl.
 - Hiperglucemia: cuando el paciente obtenga valores numéricos mayores de 110mg/dl.
- C) **ESTILO DE VIDA,** constituye la variable dependiente del estudio, definida como la práctica individual de conducta y preferencia del paciente diabético hacia el tipo de alimentación, actividad física, consumo de sustancias nocivas, emociones, responsabilidad para la salud. Se consideran 2 niveles:

- **Adecuado:** cuando el paciente alcance un puntaje de 70 al 100% en la aplicación del IMEVID.
- **Inadecuado:** cuando el paciente alcance un puntaje hasta 69% en la aplicación del IMEVID.

3) HIPÓTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre las características socio demográficas – clínicas y estilo de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, Iquitos – 2014.

CAPITULO III

C. METODOLOGIA

1. Método

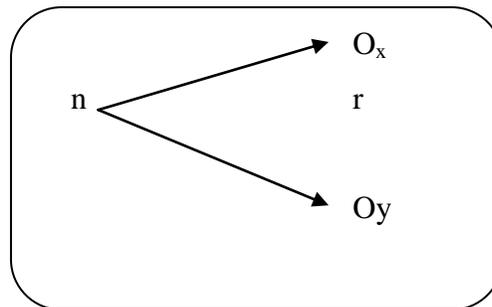
En el presente trabajo de investigación se utilizó el método cuantitativo porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos investigados son expresados cuantitativamente y se utilizaron pruebas estadísticas para probar la hipótesis planteada y dar respuestas al problema de investigación.

Diseño

El diseño que se utilizó fue transversal correlacional, donde se describió la relación que existe entre las variables en estudio, y en un periodo de tiempo (de Enero a Febrero del 2014).

Diagrama

El diseño correlacional tiene el siguiente diagrama:



Especificaciones:

n = Muestra

o = Observaciones

x,y = Subíndices u observaciones obtenidas de cada una de las variables.

r = Indica la posible relación entre las variables de estudio.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población del presente estudio de investigación estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de diabetes, de ambos sexos, que fueron atendidos en el Centro de Salud “San Juan” de la ciudad de Iquitos-2014; aproximadamente 348, según registros del referido establecimiento de salud.

MUESTRA

La muestra constituyeron la totalidad de los pacientes 180 (100%) con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan” de la ciudad de Iquitos.

Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, intencionado o por conveniencia, porque los sujetos de estudio cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios de inclusión del presente estudio fueron:

- Mayores de 18 años de edad.
- De ambos sexos.
- Diagnóstico médico de Diabetes mellitus tipo II.

- Atendidos en el Centro de Salud de San Juan.
- Capacidad cognitiva y oral articulada.
- Participación libre y voluntaria en la investigación.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se empleó en el presente estudio fue:

- **La Encuesta:** que permitió recolectar datos acerca de las características sociodemográficas, clínicas y el estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II, mediante la aplicación de la ficha de caracterización y un cuestionario elaborado por las investigadoras.

Los instrumentos que se emplearon fueron:

- a) **Una Ficha de Caracterización.**- que permitió recolectar información de los sujetos de estudio sobre las características sociodemográficas y clínicas.
- b) **Un Cuestionario para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID):** conformado por 25 reactivos o preguntas, con tres opciones de respuesta cada uno (4, 2 y 0 puntos). Los reactivos fueron agrupados en siete dominios: **nutrición** [del 1 al 9 reactivos, total 36 puntos], **actividad física** [del 10 al 12 reactivos, total 12 puntos], **consumo de tabaco** [del 13 al 14 reactivos, total 8 puntos], **consumo de alcohol** [del 15 al 16 reactivos, total 8 puntos], **información sobre diabetes** [del 17 al 18 reactivos, total 8 puntos], **emociones** [del 19 al 21 reactivos, total 12 puntos], **adherencia terapéutica** [del 22 al 25 reactivos, total 16 puntos).

Validez y confiabilidad

Los Instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a prueba de validez a través de juicio de expertos o método Delphy y la confiabilidad, a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach; obteniéndose los siguientes resultados:

- Ficha de caracterización elaborada por las investigadoras, alcanzo una validez de contenido del 100% y confiabilidad de 0,98 (98%), que incluyeron los siguientes rubros:

Características Sociodemográficas

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Procedencia.
- Grado de instrucción.
- Ocupación.

Características clínicas:

- Tiempo de enfermedad.
- IMC.
- Número de consultas medicas.
- Glucemia.

- Cuestionario para medir estilos de vida en Diabéticos, (IMEVID); adaptado de López, Manuel et,al; que alcanzó una validez de contenido de 96,6% y de confiabilidad, 82.8%.

4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se solicitó por intermedio de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; el documento en el cual acredite la autorización para ejecutar la investigación.
2. Se solicitó a la Dirección Regional de Loreto, la autorización para realizar la investigación en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II captados en el Centro de Salud de San Juan.
3. Se captó a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el Centro de Salud San Juan, mediante la revisión del padrón nominal de usuarios y la revisión respectiva de sus historias clínicas.
4. Se solicitó a cada paciente con Diabetes Mellitus Tipo II autorizar su participación voluntaria a través del consentimiento informado.
5. Una vez autorizado, se explicó a los pacientes el objetivo del estudio y se procedió a la aplicación del instrumento aproximadamente en 4 semanas, solicitándoles respuestas sinceras e individuales; el mismo que estuvo bajo la responsabilidad de los investigadores, quienes asistieron al Centro de Salud de “San Juan”, al Área de No Transmisibles, en horario de 7:30 a 13:00 Hrs, de Lunes a Sábado, con uniforme de Salud Pública.
6. Durante la recolección de los datos se aplicaron los principios éticos y bioéticos.
7. Concluida la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información para el análisis estadístico correspondiente, haciendo uso del paquete estadístico SPSS 19.0.

8. Luego se elaboró la base de datos con la información y se procedió a la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas e inferencial.
9. Terminado el análisis y la interpretación de los hallazgos se procedió a eliminar los instrumentos de recolección de datos.
10. Finalmente se elaboró el informe final de la tesis.

5. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La información que se obtuvo fue ingresada en una base de datos creada con el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0. Se utilizó dicho software para obtener los resultados de la estadística descriptiva a través de tablas. Asimismo se utilizó la Prueba Estadística de Chi cuadrada (X^2), proporcionados por dicho software para establecer la inferencia entre las variables de estudio; con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

6. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Firma del consentimiento informado por parte de los participantes en el estudio.
- El instrumento fue anonimizado, para no afectar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- Se tuvo respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras y para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

D.) RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014

Características Sociodemográficas	N°	%	Media	D.E.
Edad			51.7	14.21
Adulto temprano	5	2.8		
Adulto intermedio	95	52.8		
Adulto pre mayor	24	13.3		
Adulto mayor	56	31.1		
Total	180	100.0		
Sexo				
Masculino	76	42.2		
Femenino	104	57.8		
Total	180	100.0		
Estado civil				
Soltero	18	10.0		
Casado	47	26.1		
Conviviente	99	55.0		
Viudo	16	8.9		
Total	180	100.0		
Procedencia				
Urbano	123	68.3		
Urbano marginal Rural	48	26.7		
Rural	9	5.0		
Total	180	100.0		
Grado de instrucción				
Primaria	30	16.7		
Secundaria	100	55.6		
Superior no universitaria	34	18.9		
Superior universitaria	16	8.8		
Total	180	100.0		
Ocupación				
Negocio propio	48	26.7		
Profesional	40	22.2		
Obrero	34	18.9		
Desempleado	14	7.8		
Ama de casa	44	24.4		
Total	180	100.0		

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por investigadoras.

En la **tabla N° 01**, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el C.S. San Juan, el **52.8% (95)** pertenecen a la categoría de adultos intermedios, con una edad promedio de 51.7 años y desviación estándar 14.21 años. Un **57.8% (104)** de pacientes son de sexo femenino. Además el **55.0% (99)** son convivientes. Mientras que un **68.3% (123)** pacientes proceden de las zonas urbanas. El **55.6% (100)** de los pacientes con diabetes mellitus tienen estudios secundarios. La ocupación que prevalece en los pacientes es el negocio propio con un **26.7% (48)**.

TABLA N° 02

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014**

Características clínicas	N°	%	Media	Desviación estándar
Tiempo de la enfermedad			9.4	6.47
1 a 5	60	33.3		
6 a 10	51	28.4		
11 a 15	36	20.0		
16 a 20	25	13.9		
21 a 25	8	4.4		
Total	180	100.0		
Índice de masa corporal				
Normal	64	35.6		
Sobrepeso	109	60.5		
Obeso	7	3.9		
Total	180	100.0		
Consultas medicas				
1 a 4	116	64.4		
5 a 8	28	15.6		
9 a 12	36	20.0		
Total	180	100.0		
Glicemia				
Normal	21	11.7		
Hiperglicemia	159	88.3		
Total	180	100.0		

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por investigadoras.

En la **tabla N° 02**, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en el C.S. San Juan, el **33.3% (60)** tienen la enfermedad entre 1 a 5 años. Un **60.5% (109)** reportan índice de masa corporal con sobrepeso. De 1 a 4 consultas médicas anuales acuden el **64.4% (116)** de pacientes. Asimismo el **88.3% (159)** de pacientes presentan hiperglucemia.

TABLA N°03

**ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II,
ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014**

Estilo de vida	N°	%
Adecuado	23	12.8
Inadecuado	157	87.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

Según la **tabla N° 03**, del **100.0% (180)**, de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87.2% (157)** presentan estilo de vida inadecuado, mientras que el **12.8% (23)** presentan adecuado estilo de vida.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA N° 04
EDAD SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014

Edad	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Adulto temprano	0	0.0	5	2.8	5	2.8
Adulto intermedio	8	4.5	87	48.3	95	52.8
Adulto pre mayor	4	2.2	20	11.1	24	13.3
Adulto mayor	11	6.1	45	25.0	56	31.1
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$\chi^2_c = 5.044$ $\chi^2_T = 7.81$ $GL = 3$ $p = 0.169$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 04, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el 87,2% (157) de ellos presentan inadecuados estilos de vida, de los cuales 48,3% (87) pertenecen a la categoría de adultos intermedio.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $\chi^2_c = 5.044$, una significancia de $p=0.169 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 05

SEXO SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014

Sexo	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	6	3.3	70	38.9	76	42.2
Femenino	17	9.5	87	48.3	104	57.8
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 2.814$ $X^2_T = 3.84$ $GL = 1$ $p = 0.093$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 05, se observa que del **100,0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el 87,2% (157) presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales 48,3% (87) son de sexo femenino.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 2.814$, una significancia de $p=0.093 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 06

**ESTADO CIVIL SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL
C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014**

Estado civil	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero	2	1.1	16	8.9	18	10.0
Casado	10	5.6	37	20.5	47	26.1
Conviviente	9	5.0	90	50.0	99	55.0
Viudo	2	1.1	14	7.8	16	8.9
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 4.299$ $X^2_T = 7.81$ $GL = 3$ $p = 0.231$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 06, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el 87,2% (157) presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales 50,0% (90) son convivientes.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 4.299$ una significancia de $p=0.231 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 07

**PROCEDENCIA SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL
C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014**

Procedencia	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbano	16	8.9	107	59.4	123	68.3
Urbano marginal	7	3.9	41	22.8	48	26.7
Rural	0	0.0	9	5.0	9	5.0
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 1.465$ $X^2_T = 5.99$ $GL = 2$ $p = 0.481$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 07, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentan inadecuado estilos de vida, de los cuales **59,4% (107)** proceden de zona urbana.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 1.465$ una significancia de $p=0.481 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 08

**GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN
EL C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014**

Grado de instrucción	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	4	2.2	26	14.5	30	16.7
Secundaria	11	6.2	89	49.4	100	55.6
Superior no universitario	6	3.3	28	15.6	34	18.9
Superior universitario	2	1.1	14	7.7	16	8.8
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 1.016$ $X^2_T = 7.81$ $GL = 3$ $p = 0.797$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 08, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales **49,4% (89)** tienen secundaria.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 1.016$, una significancia de $p=0.797 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 09

**OCUPACIÓN SEGUN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL
C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014**

Ocupación	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Negocio propio	4	2.3	44	24.4	48	26.7
Profesional	8	4.4	32	17.8	40	22.2
Obrero	0	0.0	34	18.9	34	18.9
Desempleado	3	1.7	11	6.1	14	7.8
Ama de casa	8	4.4	36	20.0	44	24.4
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 9.797$ $X^2_T = 9.49$ $GL = 4$ $p = 0.044$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 09, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales **24,4% (44)** tienen negocio propio.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 9.797$, una significancia de $p=0.044 < \alpha = 0.05$, lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 10
TIEMPO DE LA ENFERMEDAD SEGUN ESTILO DE VIDA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II,
ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014

Tiempo de la enfermedad	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5	6	3.3	54	30.0	60	33.3
6 a 10	5	2.8	46	25.6	51	28.4
11 a 15	7	3.9	29	16.1	36	20.0
16 a 20	2	1.1	23	12.8	25	13.9
21 a 25	3	1.7	5	2.7	8	4.4
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 7.155$ $X^2_T =$ $GL = 9.49$ $p = 0.128$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por las investigadoras.

En la Tabla N° 10, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentaron inadecuado estilo de vida, de los cuales el **30,0% (54)** presentan la enfermedad de 1 a 5 años.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 7.155$, una significancia de $p=0.128 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de la enfermedad y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 11

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN ESTILO DE VIDA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II,
ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014**

Índice de masa corporal	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	19	10.6	45	25.0	64	35.6
Sobrepeso	4	2.2	105	58.3	109	60.5
Obeso	0	0.0	7	3.9	7	3.9
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 25.559$ $X^2_T = 5.99$ $GL = 2$ $p = 0.000$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por investigadoras.

En la tabla N° 11, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el 87,2% (**157**) presentan estilo de vida inadecuado, de los cuales 58,3% (**105**) presentan sobrepeso.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 25.559$, una significancia de $p=0.000 < \alpha = 0.05$, lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 12

**NUMERO DE CONSULTAS SEGUN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN,
IQUITOS-2014**

Número de consultas	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
1 a 4	15	8.3	101	56.1	116	64.4
5 a 8	1	0.6	27	15.0	28	15.6
9 a 12	7	3.9	29	16.1	36	20.0
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 3.567$ $X^2_T = 5.99$ $GL = 2$ $p = 0.168$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por investigadoras.

En la tabla N° 12, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales **56,1% (101)** acuden entre 1 a 4 consultas al año.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 3.567$, una significancia de $p=0.168 > \alpha = 0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el número de consultas anuales y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

TABLA N° 13

GLUCEMIA SEGÚN ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, ATENDIDOS EN EL C.S. SAN JUAN, IQUITOS-2014

Glucemia	Estilo de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Normal	9	5.0	12	6.7	21	11.7
Hiper glucemia	14	7.8	145	80.5	159	88.3
Total	23	12.8	157	87.2	180	100.0
$X^2_c = 19.300$ $X^2_T = 3.84$ $GL = 1$ $p = 0.000$ $\alpha = 0.05$						

Fuente: Ficha de caracterización elaborado por investigadoras.

En la tabla N° 12, se observa que del **100.0% (180)** pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, el **87,2% (157)** presentan inadecuado estilo de vida, de los cuales 80,5% (145) presentan hiper glucemia.

Al realizar el análisis estadístico a los datos se encontró un valor de $X^2_c = 19.300$, una significancia de $p=0.000 < \alpha = 0.05$, lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la hiper glucemia y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

DISCUSIONES

Al analizar las características sociodemográficas, clínicas y estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el C.S. San Juan, la **edad** predominante fue adulto intermedio (de 25 a 54 años) representando 52,8%, de los cuales 48,3% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 5.044$, para un valor de significancia $p=0.169 > \alpha = 0.05$ y $gl= 3$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Romero-Márquez y col. (México, 2011), donde no apreciaron diferencias significativas respecto a la edad y el estilo de vida.

Sin embargo, se considera que la edad es un factor de riesgo acumulativo, dado a que a mayor edad existe una percepción de ser una persona más saludable, que las de menor edad, y tienen un mayor compromiso y responsabilidad frente a su salud por la severidad de la enfermedad que padecen.

En relación al **sexo** se encontró predominio de pacientes femeninas, representando 57,8%, de ellas 48,3% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 2.814$, para un valor de significancia $p= 0.093 > \alpha = 0.05$ y $gl= 1$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados no son concordantes con el estudio realizado por Romero-Márquez (México, 2011) obtuvo resultados significativos $p= 0,033$.

Según hallazgos del presente estudio, el comportamiento en la muestra es igual en ambos sexos, la práctica de estilos de vida inadecuados, se ven afectados por el avance tecnológico, dado a que precipitan cambios en el comportamiento humano, cambios de hábitos alimentarios, inactividad física entre otros.

En relación al **estado civil** se encontró predominio de convivientes, representando 55,0%, de los cuales 50,0% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 4.299$, para un valor de significancia $p = 0.231 > \alpha = 0.05$ y $gl=3$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Romero E. y col (Colombia 2010) donde no obtuvieron diferencia significativa entre el estado civil y el estilo de vida.

Sin embargo, nos permite afirmar que el mantener una pareja estable, al paciente le da una percepción de apoyo que puede tener para convivir con la enfermedad, siempre y cuando, exista una buena comunicación y conocimiento de la Diabetes. Ya que los cambios físicos, emocionales y sexuales se convierte en un factor de riesgo que conlleva a una mala calidad de vida.

En relación a la **procedencia** se encontró predominio de pacientes que residen en zona urbana, representando 68,3%, de los cuales 59,4% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 1.465$, para un valor de significancia $p = 0.481 > \alpha = 0.05$ y $gl= 2$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados son concordantes con el estudio realizado por Quisiguiña, D. (Ecuador-2010) encontró que la Diabetes Mellitus tipo II, es más frecuente en la zona urbana y urbano-marginal con un 59.3%, estos resultados fueron significativos ($p=0.0022$). Sin embargo podemos afirmar que la población urbana y urbano marginal, por lo general tiende a llevar una vida sedentaria, rutinaria, basado en alimentación rica en hidratos de carbono y grasas, a diferencia de los pobladores que residen en la zona rural, dado a que se dedican a las actividades de la agricultura, ganadería, pesca, caza, etc.

En relación al **grado de instrucción** se encontró predominio de pacientes con estudios secundarios, representando 55,6%, de los cuales 49,4% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 1.016$, para un valor de significancia $p= 0.797 > \alpha = 0.05$ y $gl= 3$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados no concuerdan con el estudio realizado por Romero-Márquez y col. (México, 2011), donde encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.029$) entre el nivel educativo y el estilo de vida. (2)

Sin embargo podemos afirmar, que a menor nivel de instrucción académica, conlleva a un menor control metabólico, por la dificultad de acceder a la información sobre el control de la enfermedad, seguir las instrucciones médicas y desarrollar habilidades de autocuidado o practicar un estilo de vida saludable.

En relación a la **ocupación** se encontró predominio de pacientes con negocio propio, representando 26,7%, de los cuales 24,4% presentaron inadecuado estilo

de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 9.797$, para un valor de significancia $p = 0.044 < \alpha = 0.05$ y $gl = 4$; se pudo observar, que existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados son concordantes con el estudio realizado por Romero – Márquez y col. (México 2011) obtuvo un valor de $p = 0,000$ y Romero E. y col. (Colombia 2010) obtuvo un $p = 0,033$, ambos estudios encontraron significancia estadística entre la ocupación y el estilo de vida.

En relación al **Tiempo de la enfermedad** se encontró predominio de pacientes entre 1 y 5 años con la enfermedad diagnosticada, representando 33,3%, de los cuales 30,0% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 7.155$, para un valor de significancia $p = 0.128 > \alpha = 0.05$ y $gl = 4$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de la enfermedad y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados son concordantes con el estudio realizado por Romero-Márquez y col. (México, 2011), donde no apreciaron diferencias significativas respecto a los años de evolución de la enfermedad y el estilo de vida.

En relación al **Índice de Masa Corporal** se encontró predominio de pacientes con sobrepeso, representando 60,5%, de los cuales 58,3% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 25.559$, para un valor de significancia $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ y $gl = 2$; se pudo observar, que existe relación estadísticamente significativa entre el I.M.C. y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados son concordantes con los hallazgos reportados por Montejo, M. (2009) donde obtuvo un valor de $p= 0,011$; Roberto, R. (México, 2009) obtuvo un valor de $p= 0,002$; ambos resultados indican relación significativa entre IMC y el estilo de vida.

Se considera que el sobrepeso es uno de los factores atribuibles a la responsabilidad del paciente en su cuidado, puesto que su capacidad para administrar su comportamiento, lograr el control metabólico estricto y prevenir complicaciones, también está determinada por un sin número de factores interpersonales y ambientales que interactúan de modo que aún no se comprenden.

En relación al **N° de consultas al médico** se encontró predominio de pacientes que acuden entre 1 a 4 consultas al año, representando 64,4% de los cuales 56,1% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 3.567$, para un valor de significancia $p= 0.168 > \alpha = 0.05$ y $gl= 2$; se pudo observar, que no existe relación estadísticamente significativa entre el N° de consultas al médico y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Estos resultados obtenidos no pueden ser contrastados ya que no existen estudios similares; se consideran estos resultados como un aporte teórico para futuras investigaciones.

Sin embargo estos resultados evidencian el interés del paciente recién diagnosticado de asistir a sus controles médicos con el propósito de prevenir complicaciones que produce la enfermedad.

En relación a la **Glucemia** se encontró predominio de pacientes con hiperglucemia, representando 88,3% de los cuales 80,5% presentaron inadecuado estilo de vida. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2) donde $X^2_c = 19.300$, para un valor de significancia $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ y $gl = 1$; se pudo observar, que existe relación estadísticamente significativa entre la hiperglucemia y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Estos resultados son concordantes con el estudio de Roberto, R. (México, 2009) y el estudio de , donde encontró significancia estadística de correlación entre el estilo de vida (IMEVID) con la glucemia.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

En relación a las características socio demográficas – clínicas, se logro identificar: 52,8% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Centro de Salud “San Juan”, se encuentran en edad Adulto Intermedio. 31,1% en edad Adulto Mayor, 13,3% en edad Adulto Pre Mayor y 2,8% en Adulto Temprano. 57,8% son de sexo femenino y 42,2% masculinos. 55,0% son convivientes, 26,1% casados, 10,0% solteros y 8,9% viudos. 68,3% proceden de zona urbana, 26,7% de zona urbano marginal y 5,0% de zona rural. 55,6% tienen grado de instrucción secundaria, 18,9% grado de instrucción superior no universitaria, 16,7% tienen grado de instrucción primaria y 8,8% grado de instrucción superior universitario. 26,7% manifestaron tener negocio propio, 24,4% son amas de casa, 22,2% son profesionales, 18,9% son obreros y 7,8% son desempleados. 33,3% manifestaron tener la enfermedad entre 1 a 5 años, 28,4% entre 6 a 10 años, 20,0% entre 11 a 15 años, 13,9% entre 16 a 20 años y 4,4% entre 21 a 25 años. 60,5% presentaron un índice de masa corporal (sobrepeso), 35,6% un índice de masa corporal (normal) y 3,9% un índice de masa corporal (obeso). 64,4% manifestaron asistir a consulta médica entre 1 a 4 veces al año, 20,0% entre 9 a 12 veces al año y 15,6% entre 5 a 8 veces al año. 88,3% presentaron hiperglucemia y 11,7% glucemia normal.

En relación al estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, se encontró que el 87,2% presentaron estilo de vida inadecuado y 12,8% presentaron estilo de vida adecuado.

Se logro determinar que existe relación estadísticamente significativa, tales como: ocupación, índice de masa corporal, glucemia y el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud “San Juan”,

indicando que estas son variables dependientes; sin embargo las características: edad, sexo, estado civil, procedencia, grado de instrucción, tiempo de enfermedad y consultas medicas no guardan relación con el estilo de vida, demostrándose que estas variables son relativamente independientes al estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas, las investigadoras recomendamos lo siguiente:

- **A las instituciones de Salud: Minsa, EsSalud y otras**, fortalecer el primer nivel de atención de salud con la vigilancia de la Diabetes integrando 3 dimensiones:
 - ❖ Vigilancia estricta de apego al tratamiento y al control glucémico,
 - ❖ Una orientación alimentaria colectiva con enfoque a modificar los entornos de disponibilidad de los alimentos que consume el paciente;
 - ❖ Capacitación continua al personal de salud para un adecuado control glucémico, y se vea reflejado en la disminución de la prevalencia de la enfermedad y posibles complicaciones, dado a los altos costos.
- **A las instituciones formadoras de profesionales de la salud**, desarrollar programas de intervención que impacten en el estilo de vida del paciente diabético y su control glucémico, a través de las actividades de proyección social, dado al porcentaje alto de pacientes con hiperglucemia; así mismo, promover la reducción de los factores de riesgo y consecuentemente reducir la gravedad de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- **A los investigadores**, realicen estudios en el tema utilizando metodología cualitativa, cuantitativa o ambas, en un mayor ámbito geográfico, para identificar otros factores o características que pudieran estar asociados al estilo de vida del paciente diabético, cuyo comportamiento es tan diferente en esta etapa adulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), 22 de febrero de 2012. (citado el: 06 de junio de 2010). Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047997.pdf>.
2. Polaino- Lorente A. et al (2009). “La Diabetes”. Ed. Martínez Roca. Madrid. Diabetes Atlas, 2a y 3a edición. Disponible en URL: <http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-1171.htm>
3. Nuñez O, A. S. 17 de noviembre de 2004. (citado el: 26 de julio de 2010.) Disponible en URL: <http://www.scielo.com>.
4. Pilco, V; et al “Factores sociodemográficos relacionado al autocuidado del adulto mayor con diabetes en Centros de Atención Primaria, Essalud Iquitos – 2011”. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2011. Pág. 12 – 51.
5. Romero-Márquez Y Col. “Estilo de vida y diabetes” publicaron el año 2011 su estudio realizado en Querétaro – México.
6. Romero et al, “Estilo de vida de personas con diabetes mellitus tipo II” residentes en Cartagena - Colombia, 2010 Colombia.
7. López Carmona J. “Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. México 2009.
8. Montejo Briceño M. X, “Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston, 2009. Veracruz”.
9. Roberto Resendiz-de-Leija y cols. (México, 2009), “Asociación entre los dominios (estilo de vida) de IMEVID con glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. Rev. Sanid Milit Mex; 64(5). Sep – Oct. 211-223
10. Corona-J. (México, 2009) “Relación entre estilo de vida y control glucémico en pacientes con DM tipo II”

11. Corbacho A. K., Palacios GN, “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. Rev. Enferm. Herediana”. 2009; 2(1):26-31.<http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/ART4.PDF>.Pág. 2.
12. PILCO, V; VASQUEZ A; MOZOMBITE G. “Factores sociodemográficos relacionado al autocuidado del adulto mayor con diabetes en Centros de Atención Primaria, Essalud Iquitos – 2011”. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2011. Pág. 12 – 51.
13. Brunner J. Grado de instrucción. Disponible en URL: www.eumed.net/libros/Pág 30-40.
14. Definicion ABC, Negocio propio.; Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/social/obrero.php#ixzz2wYVBHq9Y>.
15. Ibit. Definicion ABC pág.50.
16. LIUDMILA MIYAR O “Características Sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud”. Rev Latino-am Enfermagem 2007 setiembre- octubre; 15 (número especial). <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es.08.pdf>.
17. UNTIVEROS CH.; NUÑEZ O.; TAPIA L.; TAPIA G. (2004). Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. Rev Med Hered 15 (1),p 19-23.)
18. Arteaga A, Maiz A y Velasco N. Manual de Nutrición Clínica del Adulto. Dpto de Nutrición,Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
19. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1999;22 (Supl 1):S5-S17.

20. Corbacho A. K., Palacios GN. Op.cit. “Estilo de vida”. Pág.35.
21. López Carmona J. Op.cit. “IMEVID” pág. 28.
22. Diabeticos.com, 8 de febrero de 2005. “Diabetes Mellitus” (citado el: 26 de julio de 2010). Disponible en URL: <http://www.OMS.com>.
23. Nuñez O, A. S. 17 de noviembre de 2004. HbA1c (citado el: 26 de julio de 2010.). Disponible en URL: <http://www.scielo.com>.
24. Villacorta R; Vasquez R; Vasquez E. “Efectos de una intervención educativa en el conocimiento y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional de Loreto. Iquitos 2012. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Enfermería. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2011. Pág. 9 – 15.

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – CLÍNICAS Y ESTILO
DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
ATENDIDOS EN EL C.S. “SAN JUAN”,
IQUITOS -2014”**

Yo,, persona adulta atendido en el centro de salud de San Juan de Iquitos, con DNI:, me comprometo a participar dentro de la muestra que será evaluado en el presente estudio, bajo mi consentimiento y sin haber sido obligado o coaccionado.

Consiento que las investigadoras puedan tomar información necesaria, para determinar los resultados en el examen clínico a realizar, así también las mismas serán usadas en presentaciones y/o publicaciones. Declaro que el investigador me ha explicado en forma clara el propósito del estudio, como se desarrollará y los procedimientos a seguir. Y consto que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que considere necesarias antes de aceptar mi participación.

Firma del participante

D.N.I:

Código:.....

Fecha:.....

Firma del investigador

ANEXO 02

INSTRUMENTO Nº02 FICHA DE CARACTERIZACIÓN

Esta es una ficha de caracterización, diseñado para conocer los datos generales de las personas adultas y sus características clínicas, en caso presente diabetes; atendidos en el centro de salud de San Juan. Le agradeceremos que lea cuidadosamente y registre su edad en años y marque con una (X) los datos que a continuación se solicitan.

LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DURARA APROXIMADAMENTE.....25 min.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. **Edad:** años ()
2. **Sexo:** masculino () femenino ().
3. **Estado civil:** soltero(a) (); casado(a) (); conviviente (); viudo(a) ()
4. **Procedencia:** urbano () rural () urbano-marginal ()
5. **Grado de instrucción:** analfabeto () primaria () secundaria () superior no universitario () superior universitario ()
6. **Ocupación:** negocio propio () profesional () obrero () desempleado ()
otro:.....

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. **Tiempo de enfermedad:**
2. **Talla:**
3. **Peso:**
4. **IMC:**
5. **Nº de consultas medicas:**
6. **Glicemia:**

ANEXO 3
INSTRUMENTO N°3

Código.....

ESCALA PARA MEDIR LOS ESTILOS DE VIDA EN DIABÉTICOS

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, nos encontramos desarrollando una investigación sobre “Características sociodemográficas – clínicas y estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el C.S. “San Juan”, Iquitos -2014”

Les agradecemos anticipadamente por sus respuestas, los resultados serán de beneficio para nuestra investigación, los mismos que serán manejados en forma confidencial y anónima. Su nombre y sus datos no serán revelados en ningún momento o instancia.

Muchas Gracias por su valiosa colaboración

II. DATOS PARA SER LLENADO POR LA INVESTIGADORA

Fecha de entrevista: / /

Nombre del investigador:

Instrucciones

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

LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DURARÁ APROXIMADAMENTE 30 min.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

ESCALA PARA MEDIR LOS ESTILOS DE VIDA EN DIABÉTICOS			
NUTRICIÓN			
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 pedazos de pan come al día?	0 a 1	2	3 o mas
4) ¿Cuántas tostadas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o mas
5) ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6) ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7) ¿Consume 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
ACTIVIDAD FISICA			
10) ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca

11) ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12) ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
CONSUMO DE TABACO			
13) ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
14) ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más
CONSUMO DE ALCOHOL			
15) ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
16) ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más
INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES			
17) ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	ninguna
18) ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
EMOCIONES			
19) Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20) ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21) ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
ADHERENCIA TERAPÉUTICA			
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 su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
25) ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

CRITERIOS DE EVALUACION

Escalas de calificaciones del instrumento IMEVID modificado: Se asignarán calificaciones de 0, 2, y 4 a las tres opciones de respuesta, y corresponderá al valor más alto para la conducta deseable, lográndose así una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento.

OBSERVACIONES

.....

DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTO

¡MUCHAS GRACIAS POR TU APORTE, SERÁ DE GRAN UTILIDAD PARA EL ESTUDIO Y A USTED EN EL FUTURO!

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
INDEPENDIENTES						
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	SOCIAL	Constituyen la variable independiente del estudio, definida como el conjunto de patrones de tipo social y demográfico, que caracterizan al paciente con diabetes mellitus tipo II.	Grado de Instrucción	Definida como el nivel de estudio sistemático escolarizado y constituye el último grado cursado y aprobado por la persona. Incluye los siguientes niveles: Primaria, Secundaria, Superior no universitario, Superior Universitario.	Ordinal	Primaria () Secundaria () Superior no universitario () Superior Universitario ()
			Ocupación	Empleo o actividad sea remunerado o no que ejerce la persona. Se consideró las siguientes categorías: Negocio propio, Profesional, Obrero, Desempleado, Ama de casa.	Nominal	Negocio propio () Profesional () Obrero () Desempleado () Ama de casa ()

	DEMOGRÁFICA	Es el Estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo.	Edad	Definida como el tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y el momento actual, medido en años. Se consideran los siguientes niveles: Adulto temprano, Adulto intermedio, Adulto premayor y adulto mayor.	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Adulto Temprano (entre los 18 y 24 años) - Adulto Intermedio (de los 25 a los 54 años) - Adulto Pre mayor (55 a 59 años) - Adulto Mayor (60 a más años)
			Sexo	Definida como las características físicas y biológicas que diferencian al género humano. Se consideran 2 niveles: Masculino y femenino.	Nominal	Masculino () Femenino ()
			Estado Civil	Definida como la condición conyugal del paciente y su	Nominal	Soltero () Casado () Conviviente ()

				relación con los derechos civiles. Se considera cinco categorías: soltero, casado conviviente, viudo.		Viudo ()
CARACTERÍSTICAS CLINICAS	CLINICA	Son aquellas manifestaciones que determinan el inicio y la evolución de la enfermedad en el paciente.	Tiempo de Enfermedad	<p>Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico de diabetes mellitus tipo II hasta la fecha actual. Se clasificó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 5 años. • De 6 a 10 años. • De 11 a 15 años. • De 16 a 20 años. • De 21 a 25 años. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 5 años. • De 6 a 10 años. • De 11 a 15 años. • De 16 a 20 años. • De 21 a 25 años.

			Índice de masa corporal	Es el cálculo realizado por el investigador tras obtener el peso y la talla del paciente incluido en el estudio. Se consideró los siguientes niveles: Normal, Sobrepeso, Obeso.	De Razón	Índice de Masa Corporal (IMC): Normal, Sobrepeso, Obeso.
			Número de consultas médicas al año	Número de consultas medicas al año: definido como el número de citas que acude el paciente, al médico endocrinólogo durante el año. Se considera. Los siguientes niveles: <ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 4 veces al año. • De 5 a 8 veces al año • De 9 a 12 veces al año. 	De Intervalo	Número de consultas médicas al año: <ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 4 veces al año. • De 5 a 8 veces al año • De 9 a 12 veces al año.
			Ultimo control glicémico	Sera definido durante la entrevista al paciente seleccionado como el tiempo en días	De Intervalo	Ultimo control glicémico:

				hasta la fecha de la entrevista en que se realizó su control cuantitativo de glucemia.		
VARIABLE DEPENDIENTE						
ESTILOS DE VIDA		<p>Son patrones individuales de conducta elegidos de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas. Se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o modo en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo.</p>	Estilo de vida	<p>Para efecto del Estudio se utilizará: cuestionario de estilo de vida en pacientes diabéticos IMEVID en: adecuado estilo de vida (de 70 – 100 puntos) e inadecuado estilo de vida (de 0 – 69 puntos)</p>	Ordinal	<p>Adecuado estilo de vida () Inadecuado estilo de vida ()</p>