

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD Y LA PRÁCTICA
DE ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2015**

TESIS

PRESENTADA POR:

DINA ESTHER CRUZ MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD Y LA PRÁCTICA
DE ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2015**

TESIS PRESENTADA POR:

DINA ESTHER CRUZ MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTA

Dra. Enf. ROSENDA AZA TACCA

PRIMER MIEMBRO

M Sc. CHRISTIAN WILLIAM JARA ZEVALLOS

SEGUNDO MIEMBRO

Mg. FILOMENA LOURDES QUICAÑO DE LÓPEZ

DIRECTORA

Mtro. SILVIA DEA CURACA ARROYO

ASESOR

Dr. Cn. JUAN MOISÉS SUCAPUCA ARAUJO

Línea: Salud del adulto

Tema: Diabetes mellitus tipo 2

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado el privilegio de vida; por tomarme de la mano en momentos difíciles; por ayudarme a superar cada obstáculo que se presentó en el camino recorrido, por la fe, esperanza y amor que deposita en mi vida cada día.

A mis padres Antonia y Julio, quienes me dieron la vida, protección que hoy es sustento de mi vida, reflejo de amor, comprensión, sabiduría como ejemplo de perseverancia, honestidad y amor.

A cada uno de los que son parte de mi familia; por siempre haberme dado su fuerza y soporte incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A Dr. Javier Antonio Arias Paredes, quien nunca dejó de apoyarme e incentivarme permanentemente con su apoyo incondicional, que hizo posible el desarrollo y la culminación del presente estudio.

Esther

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater, Universidad Nacional del Altiplano Puno, por ser institución formadora de grandes profesionales y por haberme acogido durante mi formación profesional.

A los miembros del jurado Dra. Rosenda Aza Tacca, Msc. Christian William Jara Zevallos Y Mg. Filomena Lourdes Quicaño de López. Por sus sugerencias y aporte en la mejora de este trabajo.

Con especial gratitud a la directora de investigación Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo por su valiosos aportes de conocimiento y sugerencias para la realización de este trabajo de investigación, y a mi asesor Dr. Juan Moisés Sucapuca Araujo por su comprensión y colaboración que hicieron posible la culminación de este trabajo de investigación.

A Dr. Edwin Pio Machaca Yujra Medico Endocrinólogo del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, quien me brindó su apoyo y facilidades para la ejecución de este trabajo de investigación.

Esther

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN .19	19
2.1. MARCO TEÓRICO.....	19
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	47
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	48
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	49
3.1. EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	49
3.2. EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	50
3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS	54
CAPÍTULO IV: CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN	56
CAPITULO V: EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	58
5.1. RESULTADOS.....	58
5.2. DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	83
ANEXOS	88

RESUMEN

El estudio fue descriptivo - correlacional, de diseño transversal, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno. El instrumento fue dos cuestionarios, sometidos a prueba de validez y confiabilidad. Los instrumentos se aplicaron previo consentimiento informado, la muestra estuvo constituida por 24 pacientes. Los resultados describen, con relación al conocimiento sobre su enfermedad, medidas preventivas promocionales 75% poseen un conocimiento no adecuado, 25% intermedio. Complicaciones agudas y crónicas, 46% tienen conocimiento no adecuado. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, 38% tienen conocimiento no adecuado. Práctica de estilos de vida: nutrición, respecto a consumo de frutas y verduras 88% y 63% poseen una práctica poco favorable respectivamente, 79% tienen práctica desfavorable en cuanto al consumo de carbohidratos, consumo de azúcar y sal, el 29% y 50% poseen una práctica desfavorable. Actividad física: respecto a realiza ejercicios físicos o actividades físicas, el 58% posee una práctica desfavorable. Información sobre la diabetes: asiste a sesiones educativas para diabetes, 58% muestran una práctica desfavorable. Adherencia terapéutica: Asiste con frecuencia a sus controles 84% muestran una práctica poco favorable. Manejo de emociones: Se enoja con facilidad, 46% muestran una práctica poco favorable. Al efectuar la relación entre conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilo de vida, 46% de los pacientes con diabetes tienen conocimiento no adecuado, con relación a su enfermedad y una práctica de estilo de vida desfavorable; mientras que, 17% tienen conocimiento intermedio y adecuado respectivamente, y una práctica de estilo de vida poco favorable, sin embargo, 63% de pacientes poseen un estilo de vida desfavorable, y un 33% poco favorable. Concluimos que existe relación entre el conocimiento sobre la enfermedad y la Práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

PALABRAS CLAVES: conocimiento, estilo de vida, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The cross - sectional descriptive - correlational study was carried out in order to determine the relationship between knowledge of the disease and lifestyle practice in patients with type 2 diabetes mellitus at the Manuel. The instrument was two questionnaires, tested for validity and reliability. The instruments were applied prior informed consent, the sample consisted of 24 patients. The results describe, in relation to the knowledge about their disease, promotional preventive measures 75% have an inadequate knowledge, 25% intermediate. Acute and chronic complications, 46% have inadequate knowledge. Knowledge about diabetes mellitus type 2, 38% have inadequate knowledge. Practicing lifestyle: nutrition, with respect to fruit and vegetable consumption 88% and 63% have a poor practice respectively, 79% have an unfavorable practice regarding carbohydrate consumption, consumption of sugar and salt, 29% and 50% % Have an unfavorable practice. Physical activity: Regarding to physical exercises or physical activities, 58% have an unfavorable practice. Information about diabetes: attends educational sessions for diabetes, 58% show an unfavorable practice. Therapeutic adherence: Attends frequently to its controls 84% show an unfavorable practice. Emotional management: He gets angry easily, 46% show an unfavorable practice. In making the relationship between knowledge about their disease and the practice of lifestyle, 46% of patients with diabetes have inadequate knowledge regarding their illness and an unfavorable lifestyle practice; While 17% have intermediate and adequate knowledge, respectively, and a poor lifestyle practice, however, 63% of patients have an unfavorable lifestyle, and 33% are not very favorable. We conclude that there is a relationship between the knowledge about the disease and the practice of lifestyle in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: knowledge, lifestyle, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 es uno de los problemas de salud pública global y prevalente en la actualidad, se ha convertido en una epidemia, afectando todas las razas, genero sin distinción de estado socioeconómico o edad. Es una enfermedad que genera gran morbilidad comprometiendo al paciente, la familia y su calidad de vida.

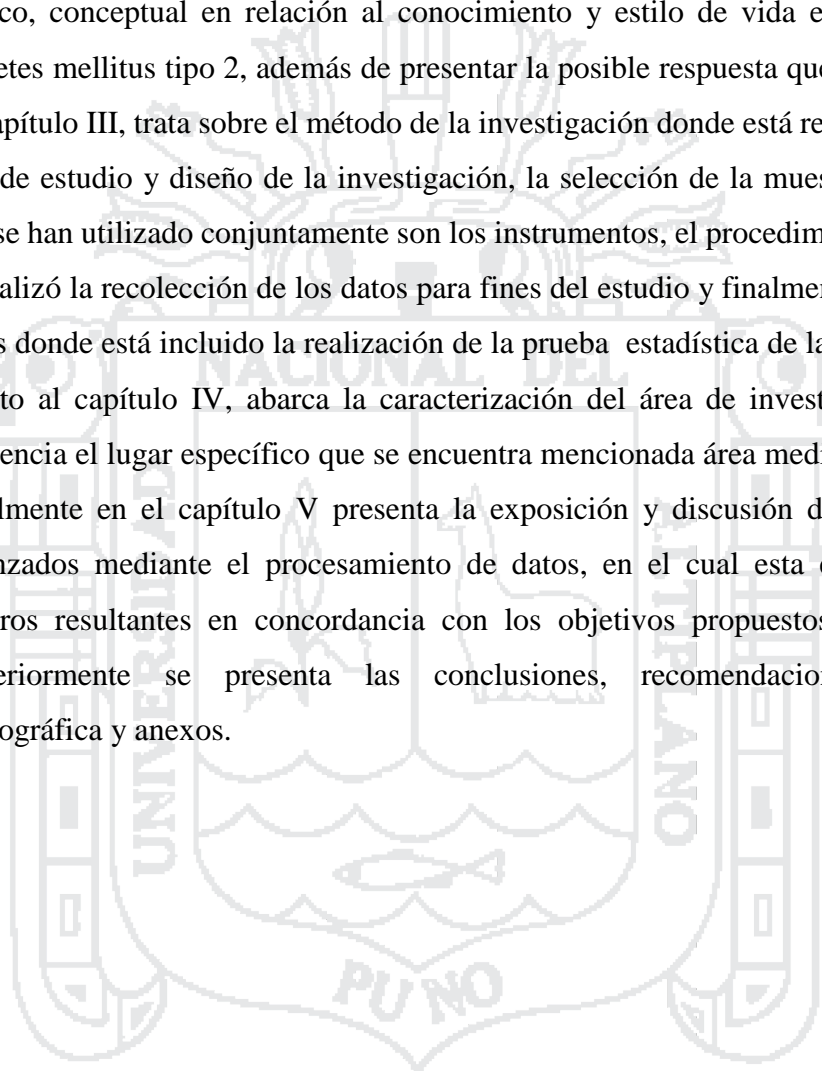
La oficina de estadística e informática del MINSA (2010), informó que la población del Perú, de personas con diabetes afecta a casi 2 millones, de los cuales menos de la mitad han sido diagnosticados, se calcula que 13 de cada 100 muertos en el país son producto de sus complicaciones, ubicándose en el décimo quinto lugar de causa de mortalidad en el Perú.

El estudio de investigación está enfocado en conocer la realidad del paciente diabético en nuestra población, su autocuidado y manejo de la enfermedad, proponiendo estrategias preventivas enfocadas a disminuir la morbimortalidad por esta patología y así mejorar la organización de la atención al usuario diabético; promover la intención de cambio hacia un estilo de vida saludable y modificar los hábitos y comportamientos que se consideran de riesgo para la salud, haciendo énfasis en la educación que es la base para su autocuidado, incluyendo a la familia, para logara la mejoría de su calidad de vida.

La investigación partió de la formulación de la siguiente interrogante ¿Cuál es el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015? y terminó con los resultados obtenidos al final de la investigación.

La metodología del estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, de corte transversal, porque permitió obtener información en un solo momento y busco relacionar dos variables de estudio. Se trabajó con una muestra no probabilística, con la técnica de la encuesta y los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios; uno el conocimiento sobre su enfermedad y otro la práctica de estilo de vida.

La investigación está organizada por capítulos: El capítulo I comprende el problema de investigación, haciendo mención sobre los antecedentes y el objetivos de la investigación fue determinar la relación entre el conocimiento de su enfermedad y práctica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015. El capítulo II describe el marco teórico, conceptual en relación al conocimiento y estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, además de presentar la posible respuesta que es la hipótesis; El capítulo III, trata sobre el método de la investigación donde está relacionada con el tipo de estudio y diseño de la investigación, la selección de la muestra, las técnicas que se han utilizado conjuntamente son los instrumentos, el procedimiento por el cual se realizó la recolección de los datos para fines del estudio y finalmente el análisis de datos donde está incluido la realización de la prueba estadística de la ji-cuadrada. En cuanto al capítulo IV, abarca la caracterización del área de investigación se hace referencia el lugar específico que se encuentra mencionada área mediante un croquis. Finalmente en el capítulo V presenta la exposición y discusión de los resultados alcanzados mediante el procesamiento de datos, en el cual esta evidenciado por cuadros resultantes en concordancia con los objetivos propuestos anteriormente, posteriormente se presenta las conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El término diabetes (DM) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia), ocasionados por defecto en la secreción de la insulina, la acción de la insulina o ambas. La insulina una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento; en el estado diabético las células dejan de responder a la insulina o el páncreas deja de producir insulina por completo, esto conduce a complicaciones macrovasculares (arteriopatía coronaria, enfermedad cerebro vascular y enfermedad vascular periférica), complicaciones microvasculares (enfermedades renales, y oculares), crónicas y complicaciones neuropáticas. ⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus tipo 2, alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años sobre todo en zonas rurales que ocurre casi en un 100% y en los estudios de sujetos con Diabetes Mellitus tipo 2 recién diagnosticada, la prevalencia de complicaciones como retinopatía oscila entre 16 y 21% la de nefropatía entre 12 y 23% y al de neuropatía entre 25 y 40%. La Diabetes Mellitus tipo 2 ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta y la mayoría de las causas de hospitalización del paciente diabético son prevenibles con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de complicaciones. ⁽²⁾

Los cálculos más recientes de la Federación Internacional de Diabetes (FID) indican que el 8,3% de los adultos 382 millones de personas tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. Sin embargo, con 175 millones de casos no diagnosticados actualmente, una gran cantidad de personas con diabetes van a desarrollar progresivamente complicaciones de las que no son conscientes. Por otra parte, con el 80% del número total de afectados que viven en países de ingresos medios y bajos, donde la epidemia

se está acelerando a un ritmo alarmante, las últimas cifras del Atlas de la Diabetes de la FID proporcionan una indicación preocupante del impacto futuro de la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial.

La mayoría de los 382 millones de personas con diabetes tiene entre 40 y 59 años, y el 80% de ellas vive en países de ingresos medios y bajos. Todos los tipos de diabetes aumentan, en particular la diabetes tipo 2: el número de personas con diabetes casi se duplicará en el año 2035 esta cifra aumentara en 592 millones. Tanto en términos humanos como financieros, la carga de la diabetes es enorme. Provoca 5,1 millones de muertes y ha representado unos 548.000 millones de dólares en gastos de salud (11% del gasto total en todo el mundo en 2013).⁽³⁾

Según un informe de la Federación internacional de Diabetes en el Perú existe 1'108,610 casos, con 6.8% de prevalencia. (2) Además, según estadísticas del Ministerio de Salud (MINSU) se reporta que en el 2013 existe 52% de pacientes con diabetes tipo 2, 42% con diabetes no especificada, todos estos pacientes se atienden en los diferentes establecimientos de salud. El sistema de vigilancia considera el Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2 y siendo esencial la diabetes mellitus tipo 2, es la más frecuente y representa el 91.1% de los casos. En Lima existen 60,267 casos, de los cuales 28,585 tienen de 30 a 59 años y 29,330 son de 60 años a más; en Puno se encuentran 1170 casos, de los cuales 582 tienen de 30 a 59 años y 553 son mayores de 60 años.⁽⁴⁾

A nivel de la provincia de Puno existen 256 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales 101 pacientes presentaron algún tipo de complicación a causa de la diabetes.⁽⁴⁾ El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB), en el año 2014 registró 440 atenciones a pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, con un promedio de 36 atenciones por mes, de las cuales el 40% fueron por alguna complicación de la enfermedad diagnosticada. En el año 2015, hasta el mes de octubre fueron registradas 358 atenciones a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo 35 atenciones en promedio por mes, de éstas, 50% correspondieron a alguna complicación de la enfermedad.

El conocimiento sobre la enfermedad en estos pacientes es de gran importancia, igualmente, la práctica de estilos de vida saludables reviste gran relevancia, debido a que si el paciente conoce poco o nada sobre los diferentes aspectos de su enfermedad y adopta estilos de vida no saludables, entonces propiciarán la presencia de complicaciones de la diabetes, agravando su situación, lo que le condicionará a estados críticos que afectarán de manera significativa su salud y la de su familia.

El conocimiento implica que debe estar al tanto de su alimentación ya que juega un papel importante en el control de la diabetes, además mantener un peso ideal y la práctica de actividades saludables, garantizarán una adecuada vigilancia y control personal, familiar como también por parte de la institución de salud donde se atiende el paciente.

La diabetes tipo 2 es vinculado con los estilos de vida que llevan las personas que padecen esta patología, entre ellas se identifican la adecuada alimentación, que implique un consumo controlado de hidratos de carbono, respecto a este aspecto la población con diagnóstico de diabetes tipo 2 que es atendido en el HRMNB tiene una dieta hipercalórico con una alta tendencia al consumo de carbohidratos simples y grasas saturadas. Otro de los aspectos del estilo de vida identificado es que los sujetos anteriormente mencionados realizan escasa o nula actividad física, que junto a la mala alimentación hace que los pacientes tiendan al sobre peso.

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

La diabetes es una enfermedad crónica característica que demuestra la necesidad de enfoques integrados y multifacéticos para lograr un buen control. Casi cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en los pacientes diabéticos,

para retardar la aparición de las complicaciones, actúa al apoyar a los pacientes para que desarrollen comportamientos de autocuidado apropiados. Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes se benefician con un enfoque integral y multifactorial para proporcionar un mejor control de la enfermedad.

La adherencia es un factor importante susceptible de ser modificado que influye de manera determinante en el éxito de la terapia implementada en la persona con diabetes. Los comportamientos de adherencia se basan en dos pilares: adherencia al tratamiento farmacológico que incluye la toma de los medicamentos y la adherencia al tratamiento no farmacológico orientado a los cambios en el estilo de vida, relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre la diabetes, emociones y relaciones interpersonales. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesaria la adherencia a ambos; este comportamiento humano implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud, que determinará su grado de adherencia al tratamiento.

En un estudio realizado en el 2012 en México, se reporta que la incidencia de la depresión en pacientes con diabetes tipo 2 es de 55% en mujeres y 44% en varones.⁽⁵⁾ Por ello, en el diabético, ciertas emociones pueden dar lugar a elevación más o menos moderada de la cantidad de azúcar en la sangre, lo que no es conveniente por que altera el buen control de su enfermedad.

Además puede aumentar la presión arterial hasta niveles de hipertensión transitoria, o si el mal estímulo se mantiene a diario, se transforma en permanente, con sus consecuencias para el corazón, ninguno de estos dos efectos conviene (la ira y la depresión) en particular, al diabético. Por el contrario la alegría ayuda a mantener la presión arterial normal y facilita el equilibrio del azúcar en la sangre, evitando complicaciones de manera indirecta, las emociones pueden estar interfiriendo con las conductas de autocuidado. Es decir, ciertas emociones pueden estar relacionadas con que la persona realice o no sus rutinas de cuidado como la dieta, el ejercicio y el control de su medicación.⁽⁶⁾

En un estudio realizado en México, en el 2011 se evidencia que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cuando recibe información por parte del personal de salud y otros medios, muestra una actitud favorable hacia el tratamiento y su práctica de estilo de vida son favorables para el control de su enfermedad. ⁽⁷⁾

Además Roncali, identificó que solo el 70%, tienen escasos conocimientos sobre su enfermedad, Corbacho 33% de las personas con diabetes tienen conocimientos deficientes.

La motivación del presente estudio surgió a raíz de una experiencia en mis prácticas pre profesionales y el desarrollo del internado clínico en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, donde tuve la oportunidad de cuidar pacientes con diabetes mellitus 2, en el transcurso pude observar cómo vivían estos pacientes, llevando prácticas de estilos de vida desfavorable, ello reflejado por su sobrepeso, de desequilibrios y alteraciones de glucosa, cansancio, fatiga, problemas cardiovasculares que afectaban su salud, además que a través de numerosas conversaciones he podido comprobar que desconocían aspectos generales sobre su enfermedad, ya que al interrogatorio sus respuestas eran erradas, como el manejo de su tratamiento, emociones e información; de esta manera se dará a conocer aspectos importantes para mejorar el manejo de las personas que padecen diabetes, para así promover la intención de cambio hacia un estilo de vida saludable y modificar los hábitos y comportamientos que se considera de riesgo para la salud. Además, los estudios previos sobre el tema, revisados y analizados en nuestros medios y otros, dan cuenta de que son escasos, es por este motivo fue necesario realizar esta investigación.

La investigación partió de la formulación de la siguiente interrogante ¿Cuál es el conocimiento de su enfermedad y práctica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015? y terminó con los resultados obtenidos al final de la investigación.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

La investigación titulada “Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes diabéticos hospitalizados y de consulta ambulatoria del occidente de México” tuvo como objetivo Identificar conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2. La investigación fue de tipo descriptivo, la muestra fue de 988 diabéticos tipo 2, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, los resultados son: personas mayores de 20 años con diabetes mellitus fue de 7.5%. Sobre conocimientos básicos de la enfermedad, conocimientos básicos de la enfermedad fue contestado con un porcentaje de presentación mayor del 70%, los ítems con mayores respuestas adecuadas fueron los concernientes a la herencia y diabetes, en cuanto al control glucémico (79.5%), conocimiento que tienen sobre la importancia de la dieta y el ejercicio para su control (24.2%). Sobre Prevención de complicaciones, muestran que más del 80%, se presentaron valores muy bajos (22.7%) de respuesta adecuada. En los estudios realizados en diabéticos de esta zona geográfica, han encontrado que sus controles metabólicos son muy malos, menos del 15% de ellos se encuentran con niveles óptimos de glucemia. Los individuos tuvieron escasos conocimientos adecuados sobre su enfermedad, con mayor noción en complicaciones crónicas. La investigación concluye que los pacientes urbanos presentaron mayor conocimiento en general que los rurales. ⁽⁸⁾

La investigación titulada “Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS”, tuvo como objetivo Comparar el estilo de vida y control metabólico de pacientes diabéticos en el Hospital General Regional; la metodología de estudio fue de tipo transversal, prospectivo y comparativo, la muestra estuvo conformada por 539 pacientes diabéticos de tipo 2; para la recolección de datos la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento el cuestionario IMEVID, y se obtuvieron datos sociodemográficos; los del grupo 2 fueron encuestados durante su estancia en el programa DiabetIMSS, y a los del grupo 3 se les realizó la entrevista y la aplicación del instrumento el día de la consulta médica. Los resultados son: predominio de mujeres (73.3%), la primaria como nivel escolar más frecuente y principalmente terapia farmacológica doble. Hubo diferencias clínicas entre los tres

grupos a favor de egresados del programa en peso, cintura, presión arterial (PA), glucosa de ayuno, hemoglobina glicada (HbA1c), triglicéridos (TGC) y calificación del IMEVID, todas con $p < 0.05$. El análisis de correlación de las variables con la calificación del IMEVID fue significativo, con $p < 0.05$; el mayor número de variables de las metas de control fue para el grupo de egresados, con el 71%, el 32% para los que estaban cursando y el 17.2% para quienes no habían cursado. El estudio concluye Existieron diferencias significativas en el estilo de vida y los parámetros meta de control en sujetos que cursaron el programa Diabetes de IMSS. ⁽⁹⁾

1.2.2. A NIVEL NACIONAL

El estudio titulado “conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus.”, tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, que pertenecen al programa de control de la diabetes mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, la muestra estuvo conformada por 174 pacientes del programa del control de la diabetes mellitus. Para la recolección de datos la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento 2 cuestionarios. Los resultados son: para pacientes con conocimiento malo, 54,4% tuvieron estilos de vida negativos; pacientes con conocimiento regular, 59,1% presentaron estilos de vida negativos; pacientes con un nivel de conocimiento bueno, 65,0% tuvieron estilos de vida positivos. Concluyendo que se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimientos mejor estilo de vida. ⁽¹⁰⁾

La investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el hospital nacional Luis N. Sáenz PNP, 2012”. Tuvo como objetivo, determinar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La investigación fue de tipo descriptivo -transversal. La muestra estuvo conformada por 333 pacientes. La técnica utilizada fue una ficha de recolección. Los resultados son: conocimiento global fue 61.5% conocimiento respecto a las causas 48.7%, conocimiento medidas preventivo promocionales 51.3%; conocimiento de complicaciones 71.8%, complicaciones

agudas y crónicas 71.8%. la investigación concluye el conocimiento y la práctica sobre la diabetes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encuentra con nivel de conocimiento bajo. ⁽¹¹⁾

La investigación titulada “estilos de vida y complicaciones en personas con diabetes mellitus tipo 2, CAP III Melitón Salas Tejada. ESSALUD. Arequipa 2012” tuvo como objetivo determinar la relación existente entre los estilos de vida con las complicaciones que presentan las personas con diabetes mellitus tipo 2. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 132 unidades de estudio. Los resultados son: predominio del sexo femenino con el 50.8% en edades mayores de 70 años, el 50.8% tiene sobrepeso. Respecto al estilo de vida en las diferentes dimensiones hubo un predominio de inadecuado estilo de vida: actividad física 84.1%, emociones 72.0%, adherencia terapéutica 50.8% información sobre la diabetes con un 93.2%. En un menor porcentaje las dimensiones que presentaron buen estilo de vida son: nutrición 53.8%, consumo de alcohol 35.6%, consumo de tabaco 3.8%, y a nivel global la mayoría de la población tienen un inadecuado estilo de vida con un 77.3% en su mayoría mujeres con un 40.2%. Las complicaciones la causa de diabetes la mayoría de las personas presenta con un 76.5% son: retinopatías con 34.8%. Hiperglicemia con 22.7% neuropatía con 18.2% nefropatía con 12.9%, pie diabético con 4.5%, coma hipoglicémico 3.0% y otras complicaciones con un total de 12.1%, la investigación concluye, respecto al estilos de vida en diferentes dimensiones hubo un predominio de inadecuado estilo de vida. ⁽¹²⁾

1.2.3. A NIVEL LOCAL

La investigación titulada “factores desencadenantes de la diabetes tipo II en pacientes del hospital regional Manuel Núñez butrón puno - 2014” tuvo como objetivo determinar los factores desencadenantes de la diabetes tipo II. La investigación fue de tipo descriptivo; la muestra estuvo constituida por 27 pacientes adultos y adultos mayores con diabetes tipo II. Los resultados son: 66.7% de los pacientes se alimentaban inadecuadamente, el 51.9% pertenece a la edad comprendida entre (40 - 65) años, el 66,7% son de sexo femenino, el 85.2% consume arroz todos los días, un 55.6% consume fideos, pan blanco, galletas, pasteles y tortas de 4 a 6 días por semana

y el 44, 4% consume papa de 4 a 6 días por semana, el 81.5% nunca hacen deporte, el 70.4% nunca manejan bicicleta y el mayor porcentaje nunca trota ni realiza esfuerzo muscular. El estudio concluye demostrando afirmar que la alimentación inadecuada y la falta de actividad física son factores desencadenantes en los pacientes con diabetes tipo II. ⁽¹³⁾

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de conocimiento sobre: aspectos generales, complicación y medidas preventivas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.
2. Identificar las prácticas de estilos de vida referentes a: nutrición, actividad física, hábitos nocivos, información sobre diabéticos, manejo de emociones, adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.
3. Establecer la relación entre el conocimiento sobre la enfermedad y la práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2

2.1.1.1. CONOCIMIENTO

2.1.1.1.1. Definición:

En la actualidad el conocimiento es el valor agregado fundamental de los procesos de producción servicios y es el principal factor para el desarrollo auto sostenido.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

“Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar”; según esta definición el conocimiento científico es demostrable y probable, el conocimiento ordinario o vulgar es inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. ⁽¹⁴⁾

“Conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos, además implica todas las relaciones cognoscitivas, atención, sensación, memoria”, esta definición establece cierta correspondencia entre un sujeto y un objeto, siendo el sujeto de carácter mental y el objeto de naturaleza indeterminada. ⁽¹⁵⁾

“Es el proceso activo en la cual interviene el pensamiento y la voluntad con el fin de lograr una respuesta en el individuo y está condicionado por las leyes del

desarrollo social y se halla unido a la actividad practica”; la definición relaciona los procesos cognitivos superiores a con el desarrollo social y la práctica”.⁽¹⁶⁾

Considerando las definiciones anteriores se puede entender el conocimiento como el “conjunto de pensamientos, conceptos y enunciados científicos u ordinarios producto de la experiencia, el desarrollo social y la actividad práctica del individuo”

2.1.1.1.2. Formación del conocimiento:

El conocimiento se forma mediante la percepción de la realidad que se da mediante los sentidos y del mismo proceso psíquico, el conocimiento es la consciencia de la realidad adquirido por medio del aprendizaje y el análisis de datos objetivos.⁽¹⁷⁾

Además la psicología establece tres momentos para el proceso del conocimiento: primero, se realiza una observación de la realidad por medio de sensaciones y percepciones; segundo, se abstraen las sensaciones y percepciones y se organiza, analiza y sintetiza en base a las experiencias y pensamientos, y por último los pensamientos abstractos se confrontan con la realidad a través de la práctica.

2.1.1.1.3. Características del conocimiento:

Pero no cualquier concepto o noción es conocimiento, para considerarlo como tal, tiene que tener ciertas características como: objetividad, necesidad, universalidad y fundamentación; la objetividad es respetar los hechos, los sucesos tal como son en la realidad, se respeta la independencia del objeto. El conocimiento es necesario cuando es así y no puede ser de otro modo, es invariable en tiempo y lugar. El conocimiento es universal cuando es válido para todos los hombres. El conocimiento es fundamentado cuando es justificado mediante argumentos, demostraciones, pruebas y documentado.⁽¹⁸⁾

2.1.1.1.4. Clasificación del conocimiento:

El conocimiento posee clasificaciones según los criterios de estudio, de las cuales dos tienen importancia para la investigación: por el nivel de complejidad y por el grado. Por el nivel de complejidad, se puede clasificar en: el conocimiento sensible, conceptual y holístico. La clasificación de interés es el conocimiento conceptual, que es la representación invisible e inmaterial de abstracciones de algún objeto u fenómeno

y es universal. Por el grado de conocimiento, se puede clasificar en alto, medio, bajo o en sub escalas más específicas, el grado cuantifica o magnifica el conocimiento en términos mensurables. ⁽¹⁹⁾

2.1.1.1.5. Categorías del conocimiento:

Según el grado de conocimiento las categorías del conocimiento pueden ser alto, medio y bajo; Huertas establece tres categorías del conocimiento, los cuales son conocimiento bueno o adecuado, regular o intermedio y deficiente o no adecuado, estas categorías se definen a continuación:

- ✓ **Conocimiento adecuado:** es el grado de conocimiento “excelente o muy alto” porque hay una excelente abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son precisos, las ideas están organizadas con fundamento lógico muy sólido.

Aplicado a la investigación: En términos cualitativos: Los pacientes con diabetes mellitus tienen buen conocimiento de los conceptos y posee ideas organizadas con fundamento lógico consistente sobre la diabetes mellitus y el estilo de vida.

- ✓ **Conocimiento intermedio:** es el grado de conocimiento “básico o medianamente logrado” porque hay una mediana o parcial abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son parcialmente precisos, existe una integración parcial de las ideas, omite otros y evoca esporádicamente los objetos del conocimiento, el fundamento lógico es simple.

Aplicado a la investigación: En términos cualitativos: Los pacientes con diabetes mellitus tienen conceptos e ideas parcialmente precisos e integrados y con un fundamento básico sobre la diabetes mellitus y el estilo de vida.

- ✓ **Conocimiento no adecuado:** es el grado de conocimiento “insuficiente o bajo” porque hay baja abstracción y distribución cognitiva en la expresión de

conceptos, los términos son imprecisos, las ideas están desorganizadas y con poco fundamento lógico.

Aplicado a la investigación: En términos cualitativos: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen conceptos e ideas desorganizadas e imprecisas con poco fundamento lógico sobre la diabetes mellitus y el estilo de vida.

2.1.1.2. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Para auto gestionar la diabetes es deseable que cada persona esté en condiciones de reaccionar de la manera más favorable posible ante cualquier circunstancia de la vida, incluidas las inesperadas. Para ello es preciso conocer ampliamente la enfermedad y tener información.

2.1.1.2.1. Definición:

Es una deficiencia de metabolismo que se caracteriza por que el páncreas no produce insulina en cantidades suficientes para procesar eficientemente los carbohidratos, las grasas y las proteínas. Se presenta con mucha frecuencia en las personas obesas, y que pueden ser controladas mediante la pérdida de peso, y observando una dieta muy estricta. ⁽²⁰⁾ Una importante acción de la insulina es disminuir la glucosa sanguínea para facilitar la entrada de la glucosa a las células hepáticas, musculares y de otros tejidos, donde dicho carbohidrato pueda almacenar en forma de glucógeno o degradarse como fuente de energía. Además la insulina facilita el almacenamiento de grasas en el tejido adiposo y la síntesis de proteínas en diversas partes del cuerpo. En ausencia de insulina, la glucosa no entra en las células y se secreta en la orina. ⁽²¹⁾

Todas las células del cuerpo necesitan energía para estar en activo, mantener las funciones vitales (como el latido cardiaco, movimientos digestivos, respiración y además mantener la temperatura corporal y los movimientos musculares). La glucosa es la principal fuente de energía para el cuerpo humano, como la gasolina lo es para mantener el motor del automóvil en marcha. ⁽²¹⁾ La glucosa entra en el organismo con los alimentos. Con la digestión, a lo largo del tubo digestivo se pone en marcha una

cadena de transformaciones químicas que convierte los alimentos en nutrientes y estos en elementos más pequeños.

La sangre se encarga de transportar la glucosa al:

- ✓ Hígado (glucosa de reserva).
- ✓ Cerebro y todas las células del cuerpo.

Para entrar dentro de las células y ser utilizada como energía, la glucosa necesita mediación de la insulina. La insulina es como la llave que, encajada en la cerradura, abre la puerta de las células. El cerebro y las células del tejido nervioso son las únicas de todo el cuerpo que reciben glucosa directamente del torrente sanguíneo sin la mediación de la insulina. La insulina es, en este caso, la única fuente de energía.⁽²²⁾

2.1.1.2.2. Causas:

- ✓ **Resistencia a la insulina:** En este tipo de diabetes se ha comprobado que los pacientes, en mayor o menor medida, son resistentes a la insulina, esta situación no es suficiente para desarrollar este tipo de diabetes, también se precisa de la existencia de otros elementos de diversas índoles, como factores ambientales, genéticos, y otros. Por ejemplo, se han producido casos de personas obesas que, aun teniendo resistencia a la insulina, no desarrollan diabetes.⁽²³⁾ La diabetes tipo 2 se reconocen una base genética importante y, en muchos casos, con un patrón hereditario dominante.

Diversos estudios han demostrado que estos genes estarían implicados tanto en un defecto parcial de las células betas pancreáticas, que producen insulina de mala calidad, como en un defecto de los receptores de insulina situados en toda la célula y tejidas del cuerpo.

- ✓ **Factores ambientales:** Hay distintos estados que puedan llevar a desarrollar la enfermedad diabética tipo 2. La obesidad especialmente con cierta distribución de la grasa en abdomen. La disminución de la actividad muscular, el envejecimiento de la población y otros factores que se

encuentran relacionados con la forma de vida, la alimentación, etc. La obesidad está presente en el 80% de los pacientes. ⁽²³⁾

2.1.1.2.3. Riesgos:

La diabetes constituye un factor de riesgo independiente para la enfermedad macrovascular, aunque frecuentemente se asocian otros factores de riesgo incrementándose el riesgo cardiovascular. Entre los factores destacan la hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, especialmente en Diabetes Mellitus tipo 2 y el tabaco como lo más frecuente presentes en pacientes diabéticos. Otros factores que favorecen la enfermedad cardiovascular son la hiperinsulinemia, trastornos de la coagulación y función plaquetaria, y la presencia de micro albuminuria y proteinuria. ⁽²⁴⁾

2.1.1.2.4. Diagnóstico:

Para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

Glucemia plasmática mayor o igual a 200 mg/dl en cualquier momento del día, desde la última comida junto con síntomas cardinales de diabetes. Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen aumento en el apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que es igual o mayor 126mg/dl, Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa (75g), prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

Se establecen asimismo dos nuevas categorías diagnósticas:

-)] Intolerancia a hidratos de carbono, cuando la glucemia plasmática, a las dos horas de la sobrecarga oral de glucosa con 75g, este entre 140 y 200 mg/dl.
-)] Glucosa alterada en ayunas, si la glucemia plasmática en ayunas esta entre 110 y 126 mg/dl. ⁽²⁾

2.1.1.2.5. Tratamiento:

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca a las cifras normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. El tratamiento a seguir debe ser adecuado al tipo de diabetes que se padezca. El ejercicio, la educación y la orientación al paciente diabético, así como la realización periódica de pruebas de laboratorio son elementos que conforman el tratamiento integral del paciente diabético.⁽²⁵⁾

- ✓ **Insulina:** Es una hormona del aparato digestivo que tiene la misión de facilitar que la glucosa que circula en la sangre penetre en las células y sea aprovechada como energía.

La insulina se produce en el páncreas, concretamente en las células beta pancreática.

El páncreas es una glándula situada detrás del estómago, al mismo nivel que el hígado, pero en la parte izquierda de la cintura. Cuando se empieza a comer alimentos que contienen hidratos de carbono, se activan unos sensores y el páncreas empieza a producir insulina que libera directamente a la sangre.

Para que la insulina sea efectiva deben cumplirse dos condiciones:

- Que el páncreas segregue insulina en cantidad suficiente.
- Que las células la identifiquen y permitan su acción

El páncreas, entre otras sustancias, segrega la insulina y también el glucagón. El glucagón es otra hormona que tiene el efecto exactamente contrario al de la insulina. El hipoglucemiante (hace bajar los niveles de glucosa en la sangre).⁽²²⁾

2.1.1.3. COMPLICACIONES AGUDAS Y CRÓNICAS

2.1.1.3.1. Agudas:

- ✓ **Hipoglucemia:** se caracteriza por el descenso de la glicemia por debajo de los valores normales, aunque no existe un consenso universal sobre nivel de glucosa, puede definirse como la aparición de cifras de glucosa por debajo de 60 mg/dl o menos. Las manifestaciones de hipoglucemia pueden ser síntomas asociados a la respuesta adrenérgica como ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia; junto a los derivados de la alteración del SNC como consecuencia del bajo aporte de glucosa: cefalea, lentitud, dificultad en el habla, diplopía, somnolencia, confusión mental, coma, convulsiones, etc. ⁽²⁵⁾

Generalmente, los síntomas asociados a los episodios de hipoglucemia suelen ser moderados, secundarios a la liberación de catecolaminas y pueden ser fácilmente tratados por el paciente como:

- Administrar una sola dosis de azúcar simple que puede ser un vaso de gaseosa o un vaso de agua con tres cucharadas de azúcar, o el equivalente a 20 – 25 gr. de glucosa.
- Si la persona ha perdido el conocimiento o se encuentra obnubilada y se niega a ingerir azúcar, se le aplica un ampolla subcutáneo de un miligramo de glucagón o se le administra un bolo intravenoso de dextrosa que contenga 25gr. de glucosa.
- Después de haber recibido la dosis oral o parenteral de glucosa y siempre y cuando este consiente y se sienta en capacidad de ingerir alimentos, la persona debe ingerir una aperitivo rico en carbohidratos. ⁽²⁾

Cetoacidosis diabética (CAD): Se produce como consecuencia de un déficit absoluto de insulina junto a un exceso de liberación de hormonas que incrementan la producción hepática de glucosa (glucagón, adrenalina) disminuyendo la utilización periférica de la glucosa y estimulando la liberación de ácidos grasos de los adipocitos que son transformados en cuerpos cetónicos por el hígado. Se caracteriza por la adaptación de hiperglucemia (generalmente superior a 300mg/dl), cuerpos cetónicos en plasma, acidosis metabólica ($\text{pH} < 7,3$; bicarbonato plasmático $< 15 \text{ mEq/L}$), glucosuria y cetonuria. En cuanto a las manifestaciones clínicas asociadas a la

cetoacidosis, suele manifestarse con anorexia, náuseas, vómitos, poliuria con polidipsia, dolor abdominal, alteraciones de la conciencia y en un pequeño porcentaje de pacientes en coma. ⁽²⁶⁾

- ✓ **Hiperglucemia:** es un trastorno grave que se presenta cuando predomina la hiperosmolaridad e hiperglucemia con alteraciones sensoriales, al mismo tiempo la cetosis es mínima e inexistente y el nivel de glucosa sanguínea suele ser de 600 a 1200 mg/dl. Aparece de forma insidiosa en el transcurso de varios días con un síndrome de poliuria, polidipsia, deshidratación, alteraciones de la temperatura corporal, anorexia, náuseas, vómitos, íleo paralítico, somnolencia, confusión, coma, convulsiones, depresión sensorial y manifestaciones neurológicas variables: alucinaciones, afasia, hemiplejía, coma, etc.

La aparición de descompensación hiperglucémica hiperosmolar constituye un criterio para el ingreso hospitalario, ya que la mortalidad asociada a dicha descompensación es muy elevada. El tratamiento es similar al de la cetoacidosis diabética, consistiendo fundamentalmente en la rehidratación para restablecer la circulación y la diuresis junto a la administración de insulina y potasio. ⁽²²⁾

2.1.1.3.2. Crónicas:

- ✓ **Retinopatías:** Es una patología ocular causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía la información sobre ellas al cerebro. Casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 60 % de los afectados por el tipo 2 tienen cierto grado de retinopatía después de 20 años; los cambios en la microvasculatura incluyen microaneurisma, hemorragia intraretinal, exudados duros y cierre capilar focal. La mayoría de pacientes no presentan alteraciones visuales, si sería el caso estas podrían ser devastadoras. ⁽²⁷⁾
- ✓ **Nefropatías:** Es una de las complicaciones más importantes a nivel microvascular su prevalencia en general es de alrededor de 20 a 40% en diabéticos. Al existir hiperglucemia, aumenta la presión y el flujo de sangre renal a la vez disminuye el grado de oxigenación en las nefronas, lo cual progresivamente ocasiona engrosamiento de la membrana basal del glomérulo.

Cuando existen cambios en la estructura, el riñón pierde su capacidad de filtración permitiendo el paso de proteínas a la orina (proteinuria o microalbuminuria) que en una primera etapa es microscópica, luego se hace intermitente y en una tercera etapa, la insuficiencia renal se hace evidente clínicamente con alteraciones en los niveles de depuración de creatina y proteínas plasmáticas. ⁽²⁸⁾

- ✓ **Cardiopatía:** Condición en el que no puede bombear la sangre con eficiencia. La enfermedad de las arterias coronarias es la forma más común de enfermedades cardíacas. Ocurren cuando las arterias que alimentan al musculo del corazón se bloquean. ⁽²⁹⁾
- ✓ **Neuropatía:** Es un daño neurológico causado por la diabetes cuando afecta los brazos, las manos, las piernas y los pies se le conoce como neuropatía diabética periférica y es diferente de la enfermedad arterial periférica (mala circulación), la cual afecta los vasos sanguíneos y no tanto los nervios. La neuropatía diabética puede afectar tres grupos diferentes de nervios:
 - Los nervios sensitivos que permiten a las personas percibir el dolor, la temperatura y otras sensaciones.
 - Los nervios motores que controlan los músculos y les dan fuerza y tono.
 - Los nervios autónomos que permite al cuerpo realizar ciertas funciones involuntarias como sudar.

La neuropatía diabética periférica se desarrolla lentamente y empeora con el tiempo, la perdida de sensación y otros problemas asociados con el daño neurológico hacen que un paciente sea propenso a desarrollar úlceras en la piel (llagas abiertas) que pueden infectarse y no sanar; esta grave complicación de la diabetes puede llevar a la pérdida de un pie, una pierna o incluso la vida. ⁽³⁰⁾ (1)

- ✓ **Arteriosclerosis:** Un elevado azúcar en la sangre continuado finalmente acelera la formación de placa en todas las arterias del cuerpo. ⁽²⁹⁾
- ✓ **Pie diabético:** La amputación de lesiones en los pies es uno de los principales problemas que se las plantea a los pacientes diabéticos, así como una de las principales causas de discapacidad, dado que con frecuencia acaban en

amputación. Dadas estas premisas es importante el reconocimiento precoz y la prevención de las lesiones del pie en el paciente diabético.

Es la patogenia del pie diabético se presenta como factores principales la vasculopatía y la neuropatía además del descontrol metabólico habitual. A ello se agrega el factor ortopédico (relacionado con las alteraciones de los puntos de apoyo del pie) y el factor infeccioso. La neuropatía diabética conduce a la disminución de la sensibilidad y a una distribución anómala de la carga, lo cual junto a la afección macrovascular contribuyen a la disminución de la perfusión tisular. Es frecuente que se produzcan pequeñas heridas. Sin que el paciente los perciba y favorecer de este modo la instauración de infecciones. Los agentes infecciosos más frecuentes implicados son: pseudomonas spp, proteus spp y estreptococos, en general, cuando los pacientes son ambulatorios, con lesiones recientes. Los gérmenes más comunes son el estafilococo y estreptococo, pero en casos de larga evolución o en casos de enfermos internados es más frecuente observar gérmenes Gramnegativos o infecciones mixtas.

Se clasifican en las siguientes:

- Grado 0: sin lesión.
- Grado 1: ulcera superficial, no va más allá del tejido celular subcutáneo.
- Grado 2: ulcera profunda, incluyendo tendones y articulaciones.
- Grado 3: ulcera profunda, perforación ósea, absceso o celulitis.
- Grado 4: gangrena localizada.
- Grado 5: gangrena extrema.

Artropatía de Charcot, constituye el grado más avanzado de pie neurótico, presente fundamentalmente en diabéticos de larga evolución.

Es una forma severa de osteoartritis con destrucción de diferentes articulaciones (tarsiana, tarsometatarsiana, metatarsofalangica, tobillo y astrágalo) junto a alteraciones de la sensibilidad dolorosa y propioceptiva, clínicamente presentan en el pie hinchazón y úlceras no dolorosas. ⁽²⁴⁾

2.1.1.4. MEDIDAS PREVENTIVO PROMOCIONALES

2.1.1.4.1. Alimentación Saludable:

Lo primero que hay que remarcar es que la alimentación de las personas con diabetes no es sustancialmente diferente a la alimentación de la población en general. La mayoría de consejos son válidos para toda la familia. El cuidado de la alimentación de la persona con diabetes forma parte de su tratamiento, por lo tanto no se puede hablar de tipos de alimentos y cantidades sin hablar también de actividades físicas, horarios habituales, medicamentos que toma, si padece o no otras enfermedades como el colesterol o hipertensión. En definitiva, es un conjunto de factores que deben considerarse globalmente y que hacen que cada diabético tenga una dieta única y responsabilizada, el modelo dietético a seguir. Las personas con diabetes deben conocer la importancia de los hidratos de carbono en su alimentación y la relación con su perfil glucémico. El aumento de masa grasa contribuye a producir y/o agravar la resistencia de la insulina. ⁽²⁹⁾

2.1.1.4.2. Actividad física:

La actividad física es buena para todo el mundo, en especial para los diabéticos. Hace que la insulina trabaje más rápido, lo que significa que el diabético quizá necesitara menos insulina o antidiabéticos orales para controlar su diabetes. ⁽²⁹⁾

Según la fundación Diabetes, menciona que la actividad física es el movimiento o trabajo que hace el cuerpo humano, especialmente esqueleto y musculatura, pero también corazón, circulación, respiración. Puede ser desde moderada hasta muy intensa y de poca, media o larga duración. Todas las actividades de la vida cotidiana ya sean domésticas, laborales o de recreo, comportan una cierta actividad física. Al aumentar la actividad física se aumenta el consumo energético. ⁽²²⁾

En términos generales, un ejercicio físico añadido a la actividad cotidiana, si se practica de forma regular, aunque sea demorado, se convierte, aun sin proponérselo, en un cierto entrenamiento con unos beneficios claros:

-) Mejora la fuerza y la elasticidad muscular
-) Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares
-) Retrasa la desmineralización ósea que aparece con el paso del tiempo
-) Ayuda al control del peso y la tensión arterial
-) Aporta mayor bienestar psíquico y tiene además una acción desestresante.

En caso de las personas con diabetes, a estos beneficios hay que añadir que:

-) Favorece la disminución de la glucosa
-) Mejora la sensibilidad a la insulina.

2.1.1.4.3. Controles periódicos de la enfermedad:

- ✓ **Glucemia capilar o por punción en el dedo:** Es una técnica bastante sencilla que se puede hacer en casa. Se precisan tiras reactivas y un reflecto metro o medidor. Los resultados mantienen una correlación muy fiable con los análisis hechos en laboratorio. Hay que calibrar el medidor cada vez que se empieza una caja de tiras. Glucemia es el análisis que se hace en laboratorio. Hay que tener en cuenta que esta técnica mide la glucosa que hay en el suero no en la sangre total. El resultado es superior al glucemia capilar en ayunas, mientras que es similar en determinaciones después de comer.
- ✓ **Hemoglobina glicosilada:** Análisis que se hace en laboratorio. Al medir este tipo de hemoglobina, el resultado refleja la glucemia media durante un periodo aproximado de 8 semanas previas a la determinación.
- ✓ **Acetonemia:** Mide directamente en la sangre el beta-hidroxibutirato, que es el cuerpo cetónico predominante en situaciones de cetosis. Más precisa y fiable que la cetonuria.
- ✓ **Controles en orina:** Glucosuria es una maniobra sencilla, que puede realizarse en casa con tiras reactivas que se colorean con la presencia de glucosa en la orina. En situación de normalidad la orina NO contiene glucosa, si el análisis de glucosuria es positivo nos indica que la glucemia es superior al dintel renal

(o lo que es lo mismo, superior a la cantidad de glucosa que puede pasar por el riñón antes de que este empiece a eliminarla por la orina) la glucosuria es una medición que se usa solo en algunos casos ya que las glucemias capilares son mucho más exactas.

Cetonúria es una maniobra sencilla, que puede realizarse en casa con tiras reactivas que se colorean con la presencia de acetona en la orina. Si la cetonúria es positiva siempre significa una señal de alerta.

En el caso de la diabetes, es una buena recomendación “hacerse amigos” de ella, ya que la condición de diabéticos es un acompañante para toda la vida.

Los autoanálisis (análisis que se hace uno mismo) realizados en cualquier momento del día, aportan información sobre la glucemia en el momento de la medición. Esta información permite actuar, aplicar las correcciones en la dieta, en la dosis de insulina, en el ejercicio que se propone realizar.

Es decir, pasar de la técnica del autoanálisis al verdadero autocontrol a mayor control mayor información y mayor libertad de acción. Para ello es necesario un cierto entrenamiento y un trabajo de aprendizaje conjunto con el equipo de profesionales sanitarios que le atienden. ⁽²²⁾

2.1.1.4.4. Efectos del alcohol y tabaco:

- ✓ **consumo de alcohol:** Las personas que padecen diabetes deben moderar considerablemente su consumo de alcohol. El alcohol puede provocar edemas la hipertensión, un descenso en nivel de azúcar en la sangre; edemas, contribuye al desarrollo de las neuropatías, a la obesidad y a una elevación en los niveles de los triglicéridos, las enfermedades oculares, la hipertensión arterial. ⁽²⁰⁾

El consumo de bebidas con alcohol es popular en todo el mundo, pero puede llegar a presentar un problema grave de salud cuando se ingiere en exceso, especialmente si una persona tiene diabetes. Una copa de vez en cuando acompañada de alimentos

usualmente no afecta el control de la glucosa. Sin embargo, existen algunas consideraciones que deben de tomar en cuenta. El alcohol es un alimento que aporta calorías. Se dice que son “calorías vacías” porque no dan ningún nutriente. ⁽³¹⁾

Puede hacer que ciertos problemas de salud empeoren: el alcohol puede empeorar los problemas en el hígado, los riñones o el páncreas; también puede aumentar las posibilidades de que se dañe los nervios o la vista. ⁽²⁵⁾

- ✓ **consumo de tabaco:** Según Roncali la nicotina en el cigarrillo en el tabaco contrae los vasos sanguíneos, lo que obliga al corazón a bombear la sangre con más fuerza para mantener su flujo normal, como consecuencia la presión arterial se eleva a nivel más alto de las que se consideran normales. Es importante, por lo tanto, que: Las personas que padecen de diabetes dejen de fumar o de usar los derivados del tabaco. ⁽²⁰⁾

Los niveles elevados de azúcar en sangre a largo plazo juegan un papel fundamental en el desarrollo de las complicaciones crónicas de la diabetes. Asimismo, el tabaquismo se ha asociado con la aparición prematura de múltiples complicaciones de la diabetes y su consumo incrementa la posibilidad de desarrollarlas. Por su parte, la Asociación Americana de Diabetes estableció que solo el hecho de fumar y ser diabético implica 14 veces más probabilidad de experimentar padecimientos cardíacos, en relación con los no diabéticos no fumadores, y que otros órganos y sistemas pueden verse afectados.

La nicotina se considera la principal causa de enfermedad cardíaca, la cual a edades tempranas es más frecuente entre pacientes con diabetes, los cuales pertenecen a una categoría de personas con riesgo cardiovascular aumentado. Se calcula que, en cuanto al riesgo vascular se refiere, cada cigarrillo que fuma un diabético equivale a seis e una persona sin este padecimiento. ⁽³²⁾

2.1.1.4.5. Cuidados de los pies:

Según García refiere que las lesiones de los pies pueden prevenirse con los siguientes cuidados: ⁽²⁴⁾

- ✓ Procure que el control de su glucosa sea mejor posible.

- ✓ Vigile todos los días sus pies. Inspeccione la presencia de rozaduras, llagas, cortes, ampollas, durezas, áreas enrojecidas o hinchadas.
- ✓ Lave diariamente sus pies con agua templada, jabón suave y neutro, el baño no debe durar más de 10 minutos secarse bien.
- ✓ No utilice agentes irritantes como callicidas, cuchillas, alcohol, yodo, agua salada. Si se utiliza esparadrapo, debe ser hipo alérgico.
- ✓ Evitar que los pies estén demasiado húmedos o demasiado secos. Mantenga la piel suave e hidratada (se puede usar crema hidratante).
- ✓ Lime sus uñas (no las cortes) semanalmente o más a menudo si es necesario, en línea recta, con lima de cartón.
- ✓ Protéjase del calor y el frío: no camine descalzo por la playa o superficies calientes. No usar mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, hielo.
- ✓ Utilice calzado adecuado tanto dentro como fuera de casa. Utilice gradualmente los zapatos nuevos. Los calcetines no deben oprimirle, no utilice tejidos sintéticos.
- ✓ Camine diariamente (siempre calzado), eleve piernas y tobillos arriba y abajo 5 minutos 2 o 3 veces al día, no fume practique deporte si no hay contraindicaciones.
- ✓ Consulte a su podólogo y/o a su médico que aprecia cualquier lesión.

2.1.2. PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA

Es el estilo de vida es un conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas, las cuales pueden ser saludables o nocivas para la salud. ⁽³³⁾

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. La organización mundial de la salud (OMS) definió en 1989 al estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factor socioculturales y características personales”.

Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: la persona con diabetes puede llevar una vida tan normal como cualquiera, siempre que tenga acceso a un buen asesoramiento y que sea consciente de que hay que mantener un estilo de vida sano. El secreto es aprender a controlar la diabetes, de modo que de ella deje de controlar a la persona que la padece; la diabetes es una enfermedad para toda la vida que requiere un cuidadoso control y de comportamientos saludables. ⁽³⁴⁾

2.1.2.1. NUTRICIÓN

Originalmente se usaba como un sinónimo de la alimentación, pero en la actualidad engloba procesos psicológicos, biológicos y sociológicos que están involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrientes por parte del organismo. Es decir, la nutrición es la suma de procesos armónicos y coordinados entre sí que incluyen la ingestión, la digestión, la absorción, el transporte, la utilización y la excreción de sustancias alimenticias. Su objetivo es asegurar al organismo un desarrollo óptimo, así como la integridad de todos sus sistemas y mecanismos. ⁽³⁵⁾

La importancia de la alimentación en la enfermedad es básica, pues existe mayor riesgo a tener diabetes mellitus tipo 2. A parte de los factores genéticos, el mayor factor de riesgo para desarrollar diabetes es la obesidad 80% de las personas con diabetes tipo 2 son obesas. Según las normas médicas, ser obeso significa tener más de 30% de su peso corporal ideal. En contraste, la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 1 tiene un peso normal. ⁽²⁵⁾ El menú apropiado para los diabéticos es a base de cereales integrales, legumbres y hortalizas. Estos son los alimentos mejor tolerados en caso de diabetes, pues no provocan aumentos del nivel de glucosa en sangre. Este tipo de menú previene la arterioesclerosis y contribuye a aumentar la calidad de vida de los diabéticos. ⁽³⁶⁾ El aporte calórico diario debe tener las siguientes proporciones: 45-60% de hidratos de carbono, 20-30% de grasas (<7% saturadas) y 15-20% de proteínas. ⁽³⁷⁾

- ✓ **Consumo de frutas y verduras:** Aunque a las frutas siempre se las ha considerado en un mismo grupo junto con las verduras, son dos grupos diferentes, ya que hay que recordar que aunque poseen grandes semejanzas también existen diferencias debido a que aportan diferente cantidad de energía

y nutrimentos, sobre todo de hidratos de carbono. Las frutas proporcionan alegría y placer gracias a su aspecto exterior, su variedad de colores y sus formas. No es casualidad que en todas las culturas aparecieran como alimento divino. Simbolizaban el amor, la seducción, la belleza y la sabiduría. En las últimas décadas ha aumentado la variedad de frutas y en el mercado se puede conseguir casi cualquiera de ellas durante todo el año. La fruta bien cosechada, con el grado de madurez adecuado, contiene muchas vitaminas y minerales, además de los imprescindibles oligoelementos. Se digiere muy fácilmente, el cuerpo absorbe sus hidratos de carbono con suma rapidez y la fibra que contiene es excelente para la salud. ⁽³⁵⁾

Las verduras u hortalizas también contienen una amplia gama de vitaminas y oligoelementos, pero sobre todo minerales, que toman de forma natural del suelo donde crecen; asimismo, contienen cantidades apreciables de fibras. Sin embargo, no son una fuente importante de calorías. Los nutrimentos contenidos en las verduras tienen la desventaja de ser afectados por diversos factores, como son la luz, el aire y el calor (que dañan a las vitaminas). Se dice que las verduras maduras en el momento de la cosecha contienen su máximo de vitaminas y que transcurridas 24 h ya se han perdido entre un cuarto y un tercio de éstas; a los tres días sólo poseen la mitad. Las verduras aportan textura y colorido a la dieta convencional, brindan grandes cantidades de agua (al igual que las frutas) y proporcionan saciedad al comensal.

Las frutas y verduras aportan diversos nutrimentos, como son:

- J Hidratos de carbono (simples en su mayoría).
- J Fibra soluble e insoluble.
- J Ácidos grasos y ceras.
- J Son la única fuente de vitamina C (actualmente diversos alimentos son adicionados con dicha vitamina).
- J Contienen cantidades apreciables de vitamina K.
- J Proporcionan ácido fólico y carotenos.
- J Las verduras contienen cantidades mínimas de proteínas.
- J Se sabe que contienen diversas sustancias bioactivas que aún no se han identificado. ⁽³⁵⁾

“Cinco al día” es el lema en el estado de California (EE.UU.) para promover el consumo de por lo menos cinco frutas y/o verduras crudas por día con el propósito de mejorar la salud en general y para prevenir enfermedades.

Paloma en su libro *delicias nutritivas y prácticas: recetas para vivir más y mejor* refiere que el consumidor cinco piezas o proporciones de fruta y verduras crudas por día, repartidos en las diferentes comidas del día, representa una disminución del 30% de riesgo de contraer cáncer y otras enfermedades.⁽³⁶⁾

- ✓ **Consumo de carbohidratos:** Es un método para equilibrar los gramos de hidratos de carbono que se consumen en cada comida o colación que puede ser usado por cualquier paciente con diabetes, pero especialmente por aquellos que tienen tratamiento intensificado de insulina.

Está diseñado para lograr un buen control de la glucosa sanguínea. Su aplicación se fundamenta en dos premisas:

-) La cantidad de hidratos de carbono es el principal factor que afecta las excursiones glucémicas posprandiales.
-) Aproximadamente 90% de los hidratos de carbono se convierten en glucosa; si son hidratos de carbono complejos después de una o dos horas de ingestión son convertidos en glucosa, y si son hidratos de carbono simples son transformados entre los primeros 15 a 30 min.

El conteo de hidratos de carbono se puede utilizar como un sistema de equivalentes con una cantidad prescrita de hidratos de carbono para cada comida o colación. Esto quiere decir que no se pueden dejar de lado los principios básicos de una alimentación saludable, los objetivos del manejo, los ajustes en la insulina basados en la ingesta anticipada de hidratos de carbono ni los resultados del monitoreo de la glucosa sanguínea.⁽³⁸⁾

El diseño del plan para el conteo de hidratos de carbono también se efectúa en relación con la alimentación habitual, los patrones de actividad física y el régimen de insulina. Este plan requiere establecer la cantidad de gramos de hidratos de carbono que se

deben consumir en cada comida y colación, los cuales se le indicarán al paciente en términos de número de raciones.

La persona con diabetes debe conocer la importancia de estos en su alimentación y la relación con su perfil glucémico:

El número de tomas y su contenido en hidratos de carbono se adaptara también en función de los perfiles de glucemia. Los hidratos de carbono más recomendados deben proceder de verduras, frutas, legumbres, cereales integrales y leche baja en grasa. El consumo de hidratos de carbono con índice glucémico bajo puede proporcionar un beneficio adicional en el control glucémico.

Monitorizar las cantidades de hidratos de carbono, ya sea contabilizando raciones, con tablas de intercambio o estimaciones basadas en la experiencia, sigue siendo una estrategia clave para mejorar el control glucémico. ⁽³⁷⁾

- ✓ **Consumo de azúcar y sal:** Al igual que las grasas, los azúcares pueden o no constituir un grupo. Algunos autores afirman que su importancia radica, al igual que las grasas, en aportar o realzar el sabor de los alimentos, por lo que son considerados como ingredientes y no como grupo.

Si se analizan sus propiedades nutrimentales, se puede observar que son fuente de hidratos de carbono. Este grupo puede o no contener nutrimentos extra, como la miel, que aporta minerales; las mermeladas puede contener otros nutrimentos, pero el azúcar sólo aporta hidratos de carbono.

En este grupo se incluyen:

-) Azúcar.
-) Miel y jarabes.
-) Mermeladas.
-) Gelatinas.
-) Helado.
-) Refrescos.

-) Gomas y caramelos.
-) Jugos comerciales.

Este grupo tiene una subdivisión de azúcares con grasa, los cuales incluyen alimentos como el chocolate, el flan, el mole y las paletas heladas de crema y entre muchos otros.⁽³⁹⁾

En el consumo de sal todas las personas difieren en su sensibilidad al sodio; sin embargo, los pacientes con diabetes tipo 2 parecen ser más sensibles al sodio que el resto de los pacientes. En general, en los pacientes normotensos y los pacientes con hipertensión leve la ingesta de sodio debe estar limitada a menos de 2 300 mg/día.

- Una cucharadita de sal contiene 2 300 mg de sodio. La cantidad de sodio en los productos alimenticios se incluye en la etiqueta nutrimental como miligramos por porción.
- Se considera que las raciones de alimentos que contienen más de 400 mg de sodio tiene un aporte significativo de sodio.
- Los pacientes con hipertensión severa, nefropatía, enfermedad coronaria o síntomas de falla cardíaca deben consumir menos de 2 000 mg de sodio al día.⁽⁴⁰⁾
- ✓ **Proteínas:** Son macromoléculas o polímeros nitrogenados no ramificados, constituidos por 20 o más alfa-aminoácidos como unidades fundamentales que se combinan en diferentes formas y cantidades por medio de enlaces peptídicos. Sus moléculas componentes son carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno, azufre y en ocasiones otros elementos, como el fósforo, el hierro y el cobalto.

Las proteínas son constituyentes esenciales de cada una de las estructuras celulares y del medio extracelular, y representan alrededor de 70 % del peso corporal con una variedad de funciones.

- **Funciones de las proteínas:** Las proteínas tienen un papel principal estructural no sólo en todos los tejidos corporales, sino también en la formación de enzimas, hormonas y varios líquidos y secreciones corporales.

En los procesos anabólicos proporcionan los aminoácidos requeridos para construir y mantener los tejidos corporales. Las proteínas participan en el transporte de triglicéridos, colesterol, fosfolípidos y vitaminas liposolubles.

Las proteínas también contribuyen a la homeostasis al mantener las relaciones osmóticas normales entre los líquidos corporales. La albúmina es particularmente importante para esta función.

- Catálisis enzimática: todas las enzimas conocidas son proteínas.
- Transporte y almacenamiento de pequeñas moléculas e iones.
- Movimientos sistemáticos: los músculos estriado y liso están compuestos principalmente de proteínas.
- Estructura de la piel y los huesos: el colágeno es la proteína más abundante del cuerpo; le confiere a dichas estructuras una gran resistencia a la tensión.
- Sistema inmunitario: los anticuerpos son proteínas especializadas que reconocen las proteínas de cada organismo y las extrañas a él.
- Regulación hormonal: algunas hormonas son proteínas, como la somatotrofina, la insulina y los receptores celulares que reconocen las hormonas y los neurotransmisores. ⁽⁴⁰⁾

Todas las proteínas de la naturaleza están formadas básicamente por 20 tipos distintos de aminoácidos. La OMS recomienda 0,75 gramos diarios de proteínas por kilo de peso y día, lo que significa 52,5 gramos diarios para un hombre de 70 Kilos.

La OMS recomienda además que las calorías procedente de las proteínas oscilen entre el 10-15% de las calorías totales de la dieta. ⁽³⁶⁾

2.1.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA

- ✓ **Beneficios:** Mejora la circulación, protege contra las enfermedades cardíacas y embolias, mejora el control de la glucosa en sangre y produce sensación de bienestar. El movimiento activo hace que el corazón lata con más fuerza y le haga respirar más profundamente, mejora el flujo sanguíneo, mejora el perfil de colesterol, protege contra las enfermedades cardíacas. Para las personas con

diabetes, es una buena noticia de por sí. El ejercicio ayuda a utilizar la glucosa de la sangre, mientras hace ejercicios y varias horas después. ^{(25) (41)}

El ejercicio disminuye el colesterol negativo, la presión arterial y la incidencia de arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes y osteoporosis. Disminuye el riesgo de cáncer de seno y colon y posiblemente, el cáncer de pulmón. Además combate el cansancio y otorga energía extra al que lo practica. ⁽⁴²⁾

- ✓ **Frecuencia:** Una buena sesión de ejercicios debe incluir 5 a 10 minutos de calentamiento y estiramiento, durante el calentamiento muévase lentamente al principio, con ejercicios fáciles, de baja intensidad. Estiramiento con suavidad pero sin rebote. Después del calentamiento, realizar 20 a 30 minutos de actividad aeróbica e ir aumentando cada día o cada semana. ⁽²⁵⁾
- ✓ **Ejercicios:** Es uno de los recursos de salud de mayor impacto en el cuerpo, la mente y el espíritu. “tanto el vigor mental como el espiritual dependen en gran parte de la fuerza y la actividad física”. ⁽⁴³⁾ El ejercicio activo practicado como hábito regular trae muchos beneficios a nuestro organismo físico. Así como los beneficios del ejercicio activo en la mente son múltiples. ⁽⁴²⁾
- ✓ **Caminatas:** Es el ejercicio más sencillo es caminar. Es barato, no requiere mucho esfuerzo y se puede hacer con un amigo. El caminar es una buena forma de comenzar, iniciando con 5-10 minutos al principio y poco a poco se aumenta el tiempo. El tiempo aproximado de 30 minutos o 4 kilómetros, se puede comenzar a trotar y combinar con las caminatas para ir aumentando la intensidad del ejercicio. El cuidado de los pies es muy importante en los pacientes diabéticos, utilizar zapatillas cómodas, suaves y que sean de talla adecuada. ⁽²⁵⁾

De la gran variedad de ejercicios que pueda hacer, caminar ocupa el primer lugar de la lista. Es la forma ideal de ejercicio aerobio de bajo impacto: se ejercitara, sabrá cómo hacerlo, puede hacer casi en cualquier lugar y el único implemento que necesita es un par de zapatos confortables. El objetivo es caminar a un ritmo confortable durante al menos media hora, pero si no está en forma es posible que no pueda cumplir

con dicho objetivo; e incluso si es capaz, es probable que no llegue muy lejos. Sin embargo, caminar un trayecto corto por corto tiempo es un buen comienzo.⁽⁴⁴⁾

2.1.2.3. CONSUMO DEL TABACO

Los factores dietéticos que pueden elevar la presión arterial son el tabaquismo, el estrés (no dietéticos), la obesidad, el uso excesivo de estimulantes como café o té, el uso o abuso de ciertas drogas y medicamentos.⁽⁴⁰⁾

El humo del cigarrillo se ha aislado más de 4,000 componentes distintos entre ellos la nicotina y el monóxido de carbono por sus acciones sobre los vasos sanguíneos y la circulación de la sangre. El tabaco además tiene sustancias cancerígenas y sustancias irritantes. La nicotina aumenta 15 o 20 pulsaciones el ritmo del corazón, el número de latidos, por lo tanto lo hace trabajar más y durara menos y en segundo lugar, aumenta la tensión arterial hasta 20/14mmhg. Es decir, si una persona tiene 14/8 de tensión, después de fumarse un cigarrillo puede tener 16/9,4. Este aumento de la presión arterial es perjudicial para el corazón y para el riñón. La nicotina produce también una vasoconstricción, es decir, un estrechamiento de los vasos pequeños y los capilares, lo que ocasiona que llegue menos sangre a las arterias más alejadas del corazón y que disminuya la temperatura de las manos y los pies unos 3°C. También aumenta la viscosidad de la sangre, que se hace más espesa por el aumento de los hematíes, los glóbulos rojos, y por tanto hay más riesgo de trombosis.⁽⁴⁵⁾

Por la acción de la nicotina, los hematíes no se pueden deformar con facilidad y no pasa por los vasos muy finos o lo hace muy lentamente obstruyendo el paso de otros componentes de la sangre y no pudiendo llevar el oxígeno al lugar adecuado.

La nicotina produce también un aumento de la agregación de las plaquetas. Las plaquetas con unas células que van en la sangre y que son necesarias para la coagulación. Si tienen a agregarse de más se forman micro trombos que obstruyen los vasos sanguíneos más finos y dejan pequeños tramos sin sangre. La nicotina favorece la aparición de arritmias en el corazón y actúa sobre las grasas produciendo un aumento del colesterol y los triglicéridos junto con una disminución de las HDL, el llamado colesterol bueno y un aumento de las LDL, el llamado colesterol malo.⁽⁴⁵⁾

2.1.2.4. CONSUMO DE ALCOHOL

Las mismas precauciones en el consumo de alcohol que se aplican para la población en general son aplicadas para las personas con diabetes. La abstinencia en su consumo se debe advertir en personas con historia de abuso o dependencia de alcohol, mujeres embarazadas, pacientes con problemas médicos como enfermedades del hígado, pancreatitis, neuropatía avanzada e hipertrigliceridemias graves y pacientes que están tomando algún medicamento que pueda interactuar con el alcohol.

No hay que olvidar que el alcohol también puede potenciar o intervenir en la acción de otros medicamentos. Los efectos del alcohol sobre los niveles de glucosa sanguínea dependen de la cantidad de alcohol ingerido; asimismo, se relacionan con el consumo de alimentos:

-)] El alcohol es absorbido desde el estómago y el intestino delgado, y es metabolizado en el hígado antes que otros nutrimentos.
-)] El alcohol no requiere insulina para ser metabolizado, pero una pequeña parte de éste se utiliza como fuente de energía.
-)] El alcohol no es convertido en glucosa, pero las cantidades excesivas pueden ser potencialmente convertidas en grasa. ⁽⁴⁶⁾

El alcohol bloquea la gluconeogénesis hepática, lo cual puede desencadenar una hipoglucemia. Como el alcohol no puede ser usado como una fuente de glucosa, la hipoglucemia puede resultar cuando el alcohol es consumido sin alimento, con efectos que pueden persistir de 8 a 12 h después de la última bebida.

En personas con diabetes tipos 1 y 2 la ingestión moderada de alcohol acompañada de alimento no afecta la glucosa en sangre. La ingestión crónica (45 g o tres bebidas por día) sí puede ocasionar deterioro en el control de la glucosa; sin embargo, estos efectos del exceso de alcohol son reversibles después de una abstinencia de tres días:

-)] En los pacientes con diabetes la ingesta diaria de alcohol debe ser limitada a una bebida o menos, para las mujeres, y a dos bebidas o menos, para los hombres.
-)] El tipo de bebida no hace ninguna diferencia. Una bebida alcohólica es comúnmente definida como 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas

de un licor más fuerte (tragos destilados), cada una de las cuales contiene 15 g de alcohol.

- Para disminuir el riesgo de hipoglucemia, sobre todo la nocturna, las bebidas alcohólicas deben ser ingeridas junto con un alimento.
- El consumo moderado de bebidas alcohólicas solas no tiene efectos agudos sobre la glucosa y las concentraciones de insulina, pero cuando estas bebidas se mezclan con otras que contienen hidratos de carbono pueden elevar la glucosa sanguínea.
- Existen pruebas epidemiológicas en adultos sin diabetes que sugieren que una ingestión de alcohol de suave a moderada (15 a 30 g por día o de una a dos bebidas diarias) disminuye el riesgo de diabetes tipo 2 y de enfermedades del corazón, aumenta la sensibilidad a la insulina y probablemente incrementa los niveles de colesterol HDL.
- Las cantidades moderadas de alcohol no incrementan los niveles de presión sanguínea, pero el consumo excesivo y crónico (más de 30 o 60 g de alcohol diarios) sí eleva la presión arterial.
- Únicamente las cantidades exageradas de alcohol pueden elevar las concentraciones de triglicéridos por aumento en la síntesis de lipoproteínas de muy baja densidad, lo cual también es incrementado por factores genéticos, dietas altas en grasa y presencia de diabetes.⁽⁴⁶⁾
- Se aconsejara la abstención total en presencia de hipertrigliceridemia o neuropatía.⁽³⁷⁾
- Tomar bebidas alcohólicas en exceso, es consumir una cantidad exacta de calorías que hace efecto en el peso. Pero además el alcohol, tomado en exceso, es tóxico para el organismo y podría dañar el hígado, al páncreas, etc. En estudios a largo plazo se ha demostrado que tomar más alcohol del recomendado aumenta la mortalidad de manera muy importante.⁽⁴⁵⁾

2.1.2.5. INFORMACIÓN SOBRE DIABÉTICOS

La DM se diferencia de casi todas las demás enfermedades crónicas en que su tratamiento eficaz obliga a la participación activa y constante del enfermo. Con la enseñanza se busca que el diabético conozca más de su trastorno y que logre y

conservar un control adecuado de su enfermedad, sin deteriorar su calidad de vida. La asistencia y tratamiento de la diabetes involucra a la familia y amigos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1996), la enseñanza del diabético permite mejorar el control metabólico, disminuir el número de complicaciones por su enfermedad, y también aminorar la frecuencia de complicaciones tisulares.

2.1.2.6. MANEJO DE EMOCIONES EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS

- ✓ **Aceptación de la enfermedad:** El diagnóstico de la enfermedad crónica, junto con la pérdida de la integridad física y psicológica que supone, afecta a la autoestima y desencadena una serie de mecanismos de defensa ante la angustia. Este proceso a través de diferentes fases, que son parecidas a las que se experimenta en el duelo. ⁽⁴⁷⁾ No todos los pacientes pasan por estos procesos, algunos llegan a la aceptación de la enfermedad en poco tiempo, mientras que otro no llegan a esto.
- ✓ **Negación:** La negación puede servir como un mecanismo de defensa valioso. Al negar las malas noticias, se evita caer en la depresión que a veces incapacita a las personas para actuar. El curso normal de la depresión es salir gradualmente de ella, aceptando pequeñas porciones de información a un paso que se pueda manejar, haciendo ajustes poco a poco. ⁽²⁵⁾
- ✓ **Irritabilidad:** Una vez que se haya sobrepuesto a los sentimientos de la negación, tal vez comiencen los sentimientos de enojo. El enojo puede coexistir con la negación o la depresión. Algunas situaciones pueden provocar el enojo, y su enojo puede aparecer en situaciones que aparentemente no tiene nada que ver con la diabetes. La diabetes puede ser muy abrumadora y provocar muchos miedos. Que a veces lleva un largo proceso al paciente para aceptarlo y manejarlo. ⁽²⁵⁾
- ✓ **Depresión:** En la fase de tristeza- depresión el pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido o no es posible realizar. En esta etapa de tristeza es importante dar el tiempo suficiente a la persona y a la familia para que la superen. Se debe hacer hincapié solo en metas y objetivos de los que se

tenga seguridad que son alcanzables. Las personas y familia comienzan a darse cuenta de que realmente se puede seguir viviendo con diabetes. Se produce una aceptación de las limitaciones impuestas por el tratamiento y se acepta que con determinados es posible obtener una buena calidad de vida. ⁽⁴⁷⁾

2.1.2.7. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Se basa en la respuesta del paciente en el cumplimiento del tratamiento. Responde a un modelo diseñado para tratar problemas agudo, con el profesional como autoridad responsable del diagnóstico, tratamiento y resultados, y una educación preceptiva al paciente de “se debe hacer así”. Al incrementarse las enfermedades crónica, el modelo se trasladó a estos pacientes y utiliza estrategias de motivación de la conducta para promover el conocimiento o la adhesión. ⁽⁴⁷⁾

La OMS define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar la medicación, seguir un plan de alimentación, realizar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones pactadas con un profesional de salud”.

Los comportamientos de adherencia se basan en dos pilares fundamentales: adherencia al tratamiento farmacológico que incluye la toma de los medicamentos según las prescripciones médicas y adherencia al tratamiento no farmacológico orientado a los cambios en el estilo de vida, relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes, emociones, relaciones interpersonales. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesario la adherencia a ambos; este comportamiento humano implica compromiso y responsabilidad de las personas con el cuidado y mantenimiento de su salud, que determinara su grado de adherencia al tratamiento.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Conocimiento: es un conjunto de pensamientos, conceptos y enunciados científicos u ordinarios producto de las experiencias, el desarrollo social y la actividad practica del individuo.

Diabetes mellitus: es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados.

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

Actividad física: El ejercicio es una parte importante del plan de tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio regular ha demostrado mejoría del control de glucemia, reducción de los factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la pérdida de peso y mejora la sensación de bienestar. Además, el ejercicio regular puede prevenir la diabetes mellitus tipo 2 en personas de alto riesgo.

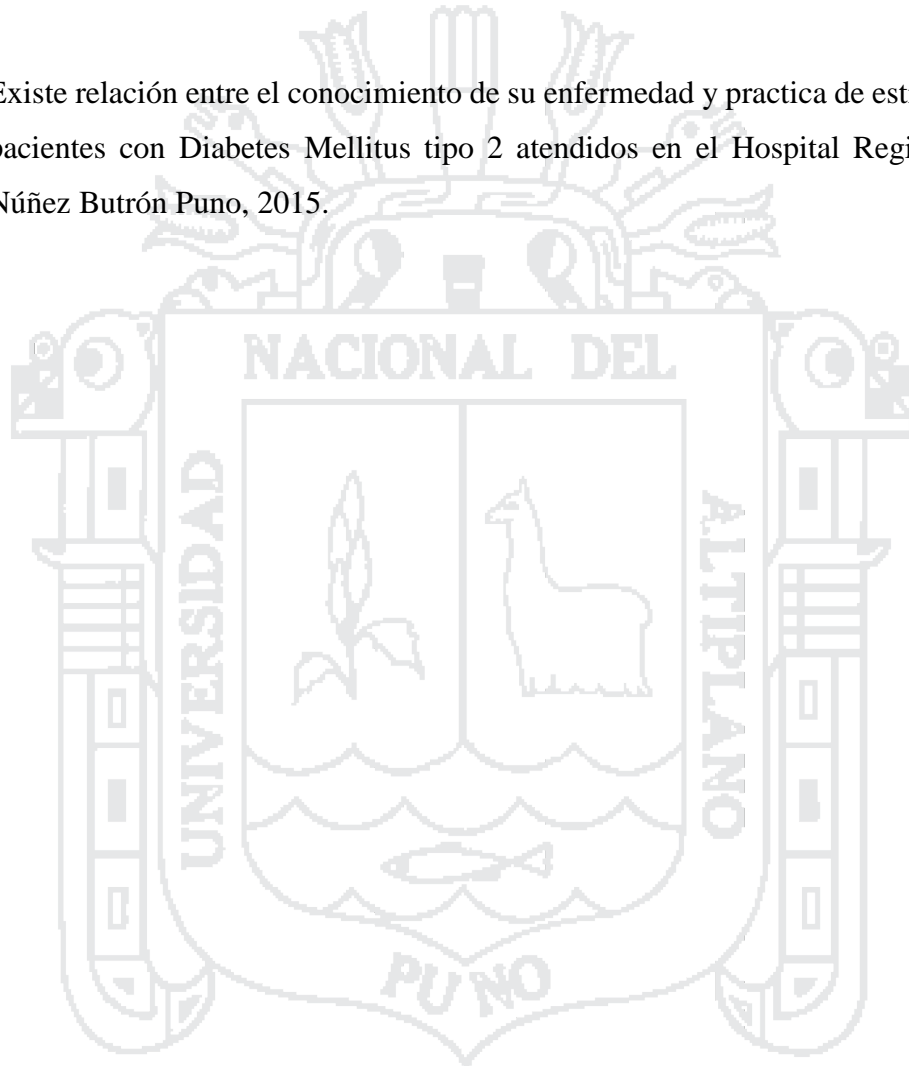
Adherencia terapéutica: adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas; entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, tomar correctamente la medicación y analizar adecuadamente el régimen terapéutico.

Nutrición: por muchos años se consideró que a dieta de un diabético era muy restrictiva en al que eliminaba los dulces y las harinas. Actualmente, si la persona se encuentra en un estado de diabetes controlada, mediante inyecciones de insulina o

medicación, puede tener una dieta bastante variada y eso tendrá un gran efecto en su calidad de vida. Hay personas que pueden deprimirse por el hecho que no puedan comer cosas que añoran, de ahí la importancia de la alimentación del diabético.

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.



CAPÍTULO III

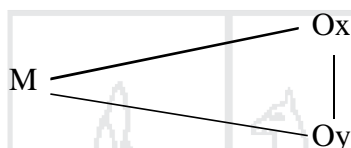
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es: El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional, porque describe y busca la relación de las variables conocimiento y estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. ⁽⁴⁸⁾

El diseño de la investigación es: Transversal, porque la información se recoge en un único momento. ⁽⁴⁹⁾

Siendo el diagrama siguiente:



Dónde:

M = Muestra de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Ox = Conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes.

Oy = Práctica de estilos de vida de los pacientes.

3.1. EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.1.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 24 pacientes de ambos sexos (hombre y mujer), diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 que fueron hospitalizados, esta población se encuentra entre enero y octubre del año 2015 del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. Considerando los criterios de la selección de la muestra, aquellos pacientes que presentaron complicaciones y fueron hospitalizados, ya que dicha situación pudo haber agudizado sus enlaces emocionales sobre su enfermedad y también sus prácticas de estilo de vida inadecuada.

3.1.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de ambos géneros, mayores de 30 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que hayan estado hospitalizado en el servicio de medicina por especialidades del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

Criterios de exclusión

- Pacientes diabéticas gestantes con diabetes mellitus tipo 2
- Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra que imposibilite la comunicación.
- Pacientes que se niegan a participar en la investigación.

3.2. EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.2.2. TÉCNICA

Para el logro de los objetivos del presente estudio fue la técnica de encuesta.

3.2.3. INSTRUMENTOS:

- Guía de revisión documental: en la cual se identificó a los pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2 y su dirección actual.
- Consentimiento informado: para tener la autorización de las personas en el estudio de investigación
- El cuestionario estructurado: un cuestionario para medir el conocimiento de la enfermedad y un cuestionario IMEVID para medir la práctica de estilos de vida.

3.2.4. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

3.2.4.1. Cuestionario “Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2” Validez del instrumento:

Se utilizó el cuestionario elaborado en México por Susana Gallardo V. (2013), con colaboración de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del

Seguro Social, titulado “conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2”. Se aplicó el instrumento a treinta pacientes mayores de 30 años, que acuden al módulo diabetIMSS como prueba piloto para la depuración de los ítems. Se validó el instrumento por una ronda de cinco expertos del área de la salud para obtener la validez de criterio y contenido, con obtención de la confiabilidad a través de la Kuder Richardson 20 = 0.80. Concluyendo: Se puede llevar a cabo el cuestionario porque tiene validez lógica este instrumento en población con diabetes mellitus tipo 2, con el fin de conocer el nivel de conocimientos y retrasar la aparición de complicaciones propias de la enfermedad. ⁽⁵⁰⁾

Consta de 25 ítems en los cuales se utilizaron tres tipos de respuesta:

- Respuestas descritas por el paciente.
- Alternativas de verdadero- falso.
- Respuestas formuladas en 4 o 5 alternativas.

Los ítems están divididos en 3 dimensiones:

1° Conocimiento sobre diabetes tipo 2, conformado por los ítems (1-7).

2° Conocimiento sobre las complicaciones de la enfermedad con los ítems (8-13).

3° Conocimiento preventivo promocionales conformado por los ítems (14-25).

Cada ítem se puntúa de 0 a 4. Las respuestas de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 son calificadas en tres categorías. La calificación final es:

- Conocimiento no adecuado= 0 a 50 puntos
- Conocimiento intermedio=51 a 75 puntos
- Conocimiento adecuado= 76 a 100 puntos

La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 25 ítems. El rango de puntuación total es de 0 – 100 puntos.

- ✓ **Confiabilidad:** Lirico Quispe D. Juliaca 2014, evaluó la fiabilidad en su estudio sobre el tema conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 habiendo estimado su confiabilidad de la ficha de recolección de datos para medir el conocimiento sobre diabetes tipo 2 se evaluó

con el de Crombach con el que obtuvo un coeficiente de confiabilidad $>$ de 0.78 en 3 factores evaluados, con un total de 25 ítems. Se utilizó los datos de prueba piloto con el que se determinó la correlación entre test y re-test 0.82. ⁽⁵¹⁾ Lo que garantizó su aplicación del instrumento.

3.2.4.2. Cuestionario IMEVID “instrumento para medir los estilos de vida en diabéticos tipo 2”

- ✓ **Validez del instrumento:** EL instrumento que se utilizó para determinar los estilos de vida de en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue un cuestionario, el cual fue elaborado en México por de López JM, Rodríguez JR, Ariza CR. (2007), con colaboración de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para la validez del mismo se sometió a estudio, con muestra de 412 pacientes, con el objetivo de medir, la validez lógica, de contenido, la consistencia interna y la fiabilidad. Concluyendo que el cuestionario tiene validez lógica y de contenido, así como un buen nivel de consistencia interna y de fiabilidad test-retest y es aplicable para medir los estilos de vida de pacientes diabéticos.

Los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 serán calificadas con 3 opciones de respuesta cada uno (4, 2, 0) costará de 25 ítems de 0 – 100 puntos. Los ítems se agrupan en 7 dimensiones de las cuales son:

- 1° Nutrición = (1-9) 36 puntos.
- 2° Actividad física = (10- 12) 12 puntos.
- 3° Consumo de tabaco = (13-14) 8 puntos.
- 4° Consumo de alcohol = (15-16) 8 puntos.
- 5° Información sobre diabetes = (17-18) 8 puntos.
- 6° Manejo de emociones = (19- 21) 12 puntos.
- 7° Adherencia terapéutica = (22-25) 16 puntos.

La suma de los puntos obtenidos por cada paciente fue categorizada y comparado con la siguiente escala de calificación serán calificadas en tres categorías:

- desfavorable = $<$ 60

- poco favorable = 60 a 80
- favorable = >80

- ✓ **Confiabilidad:** Revilla H. (Arequipa) 2012 evaluó la fiabilidad del IMEVID mediante de Cronbach; obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.81 para la calificación total, mayor que la obtenida por algunos dominios por separado, confirmando que el constructo estilo de vida fue integrado por diversos componentes. Este valor, refleja un buen nivel de consistencia interna pues se encuentra por arriba de 0.70 y no rebasa 0.90, punto de corte que, de ser rebasado, podría reflejar redundancia en los ítems. Los valores de para los siete dominios del IMEVID. El análisis de su construcción indico una consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de crombach de 0.81 y una consistencia externa test y retest mediante coeficiente de correlación de Spearman de 0.84.⁽¹²⁾ Lo que garantizo su aplicación.

3.2.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el presente estudio se realizaron las siguientes acciones:

3.2.5.1. De coordinación:

- Primeramente, se coordinó con la Decanatura de la Facultad de Enfermería, previa solicitud de la carta de presentación del proyecto de investigación dirigida al director del Hospital Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno.
- Tras obtener la carta de presentación se presentó al director del Hospital Manuel Núñez Butrón para obtener la autorización correspondiente.
- Seguidamente se coordinó con la Jefa de la unidad de apoyo a la docencia e investigación, para obtener las facilidades para la ejecución del estudio de investigación.
- Luego se coordinó con la enfermera Jefe del Servicio de Medicina Especialidades para solicitar el préstamo del libro de registro de ingresos y egresos para la extracción de datos personales de los sujetos de estudios.

3.2.5.2. De la aplicación del instrumento:

- Luego de haber obtenido los permisos correspondientes y con toda la información previamente recolectada se procedió a realizar las visitas domiciliarias correspondientes a todos los sujetos de estudio.
- En el momento de la captación de los sujetos de estudio, previo saludo cordial, se invitó a participar de la investigación, explicándole la razón, la importancia del estudio y parte del plan de ejecución del estudio.
- Se realizó formal la participación mediante el consentimiento informado, a razón de quienes estén de acuerdo en participar de la investigación firmarán dicho documento.
- Luego se les proporciono los cuestionarios, explicándoles la forma del llenado.
- El tiempo aproximado para resolver los cuestionarios para ambos fue de 30 a 40 minutos. Transcurrido el tiempo los pacientes devolverán los cuestionarios.
- Finalizado el proceso de recolección de datos se les agradeció por su participación en la investigación.

3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS

3.3.1. Procesamiento de datos:

- Codificación de los datos recolectados
- Calificación, tabulación y organización en la base de datos de Excel.
- Posteriormente dicha base de datos se exporto al programa estadístico SPSS.
- Se elaboraron cuadros de información para los resultados obtenidos de ambas variables de estudio y para su elaboración entre ambas variables se calculó la ji cuadrada
- Finalmente se analizaron e interpretaron los datos encontrados.

3.3.2. Prueba estadística de la Chi cuadrada:

Para el presente estudio se utilizó lo siguiente: Estadística inferencial: prueba estadística de la Chi cuadrada.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{f \times c} \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

O_i = frecuencia observada en la celda i

E_i = frecuencia esperada en la celda i

$f \times c$ = número de celdas, se obtiene multiplicando número de filas (f) por número de columnas (c).

3.3.3. HIPÓTESIS

✓ **Planteamiento de la hipótesis:**

Ho.- No existe relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.

Ha.- Existe relación entre el conocimiento de su enfermedad y practica de estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2015.

✓ **Nivel de significancia = 0.05**

✓ **Regla de decisión:**

Si $\chi^2 c > \chi^2 t$ Se rechaza la Ho y se acepta la Ha

Dónde:

Si $\chi^2 c = J_i$ cuadra calculada

$\chi^2 t = J_i$ cuadrada tabulada

CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el departamento, provincia y distrito de Puno, está ubicado en la región sur oriental del Perú a 3827 msnm, entre 15° 50' 15'' de latitud sur y 70° 01' 15'' de longitud oeste. Se caracteriza por tener un clima frígido y semiseco, su temperatura media oscila entre 26°C y 8.6°C. Se presenta precipitaciones fluviales en los meses de diciembre a marzo, con un periodo seco y con heladas los meses de mayo a agosto, teniendo un periodo transitorio de setiembre a noviembre. Situada en medio de la región andina – altiplánica de habla quechua y aimara, con una población aproximadamente de 150 mil habitantes. Como actividad tiene el turismo, comercio, agricultura y ganadería según las zonas demográficas existentes en la zona.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) de la ciudad de Puno, en el servicio de endocrinología de consultorio externo y el servicio de medicina por especialidad del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno está ubicado en Av. El Sol y limita por el este con Jr. Tacna, por el norte con la calle Ricardo Palma y por el sur con la calle José Antonio Encinas, y la puerta principal se encuentra en la av. El Sol. El HRMNB es un establecimiento de salud de referencia de la región y brinda servicios en hospitalización, emergencia y consultorios externos.

El servicio de endocrinología y medicina por especialidades que se encarga de prestar atención médica integral a los pacientes con enfermedades endocrinológicas mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma individual y colectiva.



CIUDAD DE PUNO

HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON



CAPÍTULO V

EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. RESULTADOS

OG

No se presenta un cuadro de resultados referido al objetivo general en razón a que es respondido por los objetivos específicos.

OE1

CUADRO 1

CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

ÍTEMS	CONOCIMIENTO						Total	
	No adecuado		Intermedio		Adecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conocimiento general sobre diabetes mellitus tipo 2	9	38	4	17	11	46	24	100
Complicaciones agudas y crónicas	11	46	5	21	8	33	24	100
Medidas preventivas y promocionales	18	75	6	25	0	0	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Los resultados del cuadro, con relación al conocimiento muestran que, respecto a medidas preventivas promocionales 75% de la población poseen un conocimiento no adecuado, 25% intermedio y ninguno posee un conocimiento adecuado. Con relación, a complicaciones agudas y crónicas la diabetes mellitus 2, 46% tienen conocimiento no adecuado, 21% intermedio, pero un 33% posee un conocimiento adecuado. Finalmente sobre aspectos generales en diabetes mellitus tipo 2, 38% tienen conocimiento no adecuado, 17% tienen conocimiento intermedio y 46% adecuado.

OE2

CUADRO 2

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: NUTRICIÓN, EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

NUTRICIÓN	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumo verduras.	0	0	21	88	3	12	24	100
Consumo frutas	8	33	15	63	1	4	24	100
Consumo carbohidratos	19	79	5	21	0	0	24	100
Consumo azúcar en exceso	7	29	15	63	2	8	24	100
Consumo sal en exceso	12	50	11	46	1	4	24	100
Consumo alimentos entre comidas	8	33	9	38	7	29	24	100
Consumo alimentos fuera de casa	1	4	18	75	5	21	24	100
Consumo de cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más	12	50	4	17	8	33	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuadro rebela que la práctica de estilos de vida sobre nutrición de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, respecto a Consumo verduras y frutas, el 88% Y 63% de la población poseen una práctica poco favorable respectivamente, 79% tienen práctica desfavorable en cuanto al consumo de carbohidratos, con relación al consumo de azúcar y sal, el 29% y 50% poseen una práctica desfavorable respectivamente, respecto al consumo de alimentos entre comidas, solo 29% tienen una práctica favorable, sin embargo sobre consumo alimentos fuera de casa, 75% realiza una práctica poco favorable. Finalmente sobre consumo de cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más, el 50% posee una práctica desfavorable.

OE2

CUADRO 3

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: ACTIVIDAD FÍSICA, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

ACTIVIDAD FÍSICA	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Realiza ejercicios físicos o actividades físicas (caminar rápido, correr o algún otro).	14	58	3	13	7	29	24	100
Realiza ejercicios físicos fuera de sus actividades habituales de trabajo.	4	16	10	42	10	42	24	100
Realiza ejercicios físicos en su tiempo libre.	8	33	10	42	6	25	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

En el cuadro se evidencia de la práctica de estilo de vida sobre actividad física, respecto a realiza ejercicios físicos o actividades físicas, el 58% posee una práctica desfavorable, con relación a realiza ejercicios físicos fuera de sus actividades habituales de trabajo, 42% tienen una práctica poco favorable, finalmente sobre realiza ejercicios físicos en su tiempo libre, 33% obtienen una práctica desfavorable.

OE2

CUADRO 4

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: CONSUMO DE TABACO, EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

CONSUMO DE TABACO	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Habito del uso del tabaco	0	0	3	13	21	87	24	100
Frecuencia de fumar cigarrillos	0	0	2	8	22	92	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

En el cuadro se aprecia que de la práctica de estilo de vida sobre consumo de tabaco. Según Habito del uso del tabaco, el 87% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen práctica de estilo de vida favorable y 13% práctica poco favorable. Sobre Frecuencia de fumar cigarrillos, el 92% tienen una práctica de estilo de vida favorable lo que resulta ser satisfactorio y 8% practica poco favorable.

OE2

CUADRO 5

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: CONSUMO DE ALCOHOL, EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

CONSUMO DE ALCOHOL	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hábito de beber alcohol.	1	4	8	22	15	63	24	100
Frecuencia de beber alcohol.	1	4	9	38	14	58	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

En el cuadro se muestra que sobre practica de estilo de vida el consumo de alcohol, según Hábito de beber alcohol, 63% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 posee una práctica de estilo de vida favorable y 22% práctica poco favorable, sobre frecuencia de beber alcohol 58% práctica se estilo de vida favorable y 38% práctica poco favorable.

OE2

CUADRO 6

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asiste a sesiones educativas para diabéticos.	14	58	5	21	5	21	24	100
Busca información sobre diabetes por su propia cuenta.	5	21	15	63	4	16	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuadro rebela los resultados de la práctica de estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, respecto información sobre la diabetes, con relación a asiste a sesiones educativas para diabetes, 58% muestran una práctica desfavorable, 21% poco favorable. Respecto a busca información sobre diabetes por su propia cuenta, el 63% poseen una práctica poco favorable, 21% de la población posee una práctica desfavorable.

OE2

CUADRO 7

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: ADHERENCIA TERAPÉUTICA,
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asiste con frecuencia a sus controles.	2	8	20	84	2	8	24	100
Cumplir dieta para diabéticos	5	21	14	58	5	21	24	100
Cumplimiento del tratamiento prescrito	3	13	16	66	5	21	24	100
Aplicación adecuada de los medicamentos.	1	4	18	75	5	21	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuadro se aprecia los resultados de la práctica de estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, respecto adherencia terapéutica, con relación a Asiste con frecuencia a sus controles 84% muestran una práctica poco favorable, 8% desfavorable. Sin embargo con relación a Cumplir dieta para diabéticos 58% tienen una práctica poco favorable, y 66% práctica poco favorable y 21% práctica favorable. Al respecto del Aplicación adecuada de los medicamentos, 75% posee una práctica poco favorable y 21% favorable.

OE2

CUADRO 8

PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA SEGÚN: MANEJO DE EMOCIONES, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

MANEJO DE EMOCIONES	PRÁCTICA						TOTAL	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se enoja con facilidad	7	29	11	46	6	25	24	100
Se siente triste	3	13	15	62	6	25	24	100
Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro	6	25	11	46	7	29	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuadro se muestra los resultados de la práctica de estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, respecto a manejo de emociones, con relación a Se enoja con facilidad, 46% muestran una práctica poco favorable, 29 % desfavorable y 25% favorable. Respecto a Se siente triste, el 62% poseen una práctica poco favorable Sin embargo con relación a Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro, 46% de la población posee una práctica poco favorable, 25% desfavorable.

OE3

CUADRO 9

CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y PRÁCTICA DE ESTILO DE VIDA
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2015.

CONOCIMIENTO	ESTILO DE VIDA						Total	
	Desfavorable		Poco Favorable		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No adecuado	11	46	0	0	0	0	11	46
Intermedio	4	17	4	17	0	0	8	33
Adecuado	0	0	4	17	1	4	5	21
Total	15	63	8	33	1	4	24	100

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes y Cuestionario IMEVID realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

El cuadro muestra que el 46% de los pacientes con diabetes tienen conocimiento no adecuado, con relación a su enfermedad y una práctica de estilo de vida desfavorable; mientras que, 17% tienen conocimiento intermedio y adecuado respectivamente, y una práctica de estilo de vida poco favorable correspondientemente, sin embargo solo un 4% de pacientes poseen un conocimiento adecuado y una práctica favorable en cuanto a estilos de vida. No obstante es importante recalcar que 63% de pacientes poseen un estilo de vida desfavorable, y un 33% poco favorable.

La probabilidad de p (0.002) es menor que alfa p (0.05), se acepta la hipótesis alterna. Esto significa que existe relación entre el Conocimiento sobre la enfermedad y la Práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

5.2. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el estudio respecto al conocimiento muestran que más de la mitad de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, tienen un conocimiento no adecuado, en ⁽¹⁰⁾relación a medidas preventivas promocionales, la cuarta parte posee un conocimiento intermedio y ninguno posee un conocimiento adecuado; Similar resultado obtuvo Corbacho en su estudio encontró que la tercera parte de los pacientes con DMT2 poseen un nivel insuficiente de conocimiento y concluye que pacientes diabéticos necesitan un trabajo educativo para lograr mayores conocimientos sobre su enfermedad y vivir mejor con ella. Lo que llama mucho la atención. Con relación, a complicaciones agudas y crónicas la diabetes mellitus tipo 2, poco menos de la mitad tienen conocimiento no adecuado, menos de la cuarta parte del total, intermedio; pero la tercera parte de la población posee un conocimiento adecuado. Al respecto Bustos ⁽⁸⁾, la falta de conocimiento adecuado acerca de la diabetes es un factor de riesgo que aumenta la incidencia de hospitalización por esta patología. Finalmente sobre conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, poco más de la tercera parte tiene conocimiento no adecuado, Bunge ⁽¹⁸⁾, indica que el conocimiento, es un conjunto de conceptos claros, precisos, ordenados a ello agrega Rusell ⁽¹⁵⁾, que el conocimiento es considerado como la información que posee el hombre producto de la experiencia. En tanto que Huertas ⁽¹⁹⁾, señala, que un conocimiento no adecuado, es el grado de conocimiento “insuficiente o bajo” porque hay baja abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son imprecisos, las ideas estas desorganizadas y con poco fundamento lógico, del cual se afirma que la mayor parte de los pacientes con diabetes tienen conceptos desorganizadas e imprecisos sobre el conocimiento de su enfermedad. Los resultados revelan una situación preocupante, pues se trata de una población de diabéticos, en este contexto, de acuerdo a los resultados observados en la población de estudio, se tiene que estos poseen un grado de conocimiento no adecuado, lo que significa que desconocen sobre la definición correcta de la diabetes mellitus tipo 2, los exámenes que deben realizarse para sus controles respectivos, el hecho de creer que el ejercicio no es parte del tratamiento de sus enfermedad. A ello se agrega tener un concepto errado, cuando se les interroga sobre la adquisición de dicha enfermedad a través de la genética (herencia); sin embargo, modificar estos conocimientos generaría tomar precauciones, y evitar

complicaciones, además de fomentar medidas de precaución en sus hijos y entorno. En lo referente al conocimiento sobre las complicaciones agudas y crónicas, casi de la mitad de los pacientes tenían conocimiento no adecuado, considerando aspectos complicaciones crónicas como: retinopatía, nefropatía, neuropatías, aterosclerosis, pie diabético, etc. y agudas tales como: hiperglucemia e hipoglucemia. Al realizar una revisión detallada sobre esta dimensión, se obtuvo que los pacientes en estudio, erróneamente creen que el cigarro o tabaco no produciría complicaciones, que no les haría daño, también desconocer cuales son los síntomas de una glucosa baja en sangre (temblor sudoración y fatiga), así como ignorar los síntomas de glucosa elevada en sangre, (sed aumentada, orina abundante, boca seca), del mismo modo de saber las afecciones en los demás órganos como: riñones, ojos, circulación, nervios. A demás de no saber cuándo podrían sufrir de una baja de azúcar en sangre, que una de las complicaciones más críticas, por lo tanto no desconocer de estos aspectos evitaría en gran medida poner su vida en riesgo. Sin embargo la situación es aún más preocupante pues la mayor parte de los pacientes tiene conocimiento no adecuado sobre medidas preventivo promocionales, dicese aquellas conocimientos que conllevan a un estilo de vida saludable, realizando el análisis de los resultados hallados, se tiene que los pacientes diabéticos, en cuanto a la nutrición desconocen la división correcta de su ingesta calórica total (1800 kcal), puesto que esta debe ser repartida en porciones equitativas en cada comida durante un día completo, mas no en una sola comida; desconocen que la dieta debe ser ingerida con deseos y comer mecánicamente o por ansiedad sino cuando realmente tenga apetito; asimismo al momento de elegir un postre, consideran como uno sin mucho dulce, una manzana cocida con miel, mermelada de melocotón , frutas en conservas; mas no una fruta acida, cabe resaltar que una medida importante es el cuidado de los pies, así como la periodicidad de su evaluación (diariamente), la conservación a través del cortado de uñas rectas y la no utilización de sustancias irritantes; no obstante los resultados muestran que los pacientes desconocen la razón fundamental de su cuidado, ya que su deterioro afecta seriamente a la circulación de esta. Estos resultados son reveladores y demuestran una carencia de información sobre su enfermedad y su estado de salud, probablemente a la falta de comunicación o uso de estrategias de comunicación e información deficiente, por lo tanto, es urgente modificar la estrategia educativa con los pacientes para mejorar esta situación, evitar descompensaciones y las complicaciones de la enfermedad. Al comparar los resultados en el estudio realizado por Bustos en México,

como resultado la falta de conocimiento adecuado acerca de la diabetes es un factor de riesgo que aumenta la incidencia de hospitalizaciones por esta patología. Desconocer sobre estos aspectos importantes en esta patología probablemente produciría que los pacientes diabéticos tengan dificultad en el manejo adecuado al presentarse alguna complicación, de esta forma se provocaría un aumento de los índices de reingreso por complicaciones en cuanto a dicha patología en nuestra región. De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el conocimiento no adecuado en aspectos sobre conocimiento de la enfermedad, así como las complicaciones y aspectos promocionales es una realidad alarmante porque es primordial e importante para su salud, puesto que un concepto erróneo predispone a complicaciones graves o fatales, al desconocer aspectos controlables, por lo tanto se puede deducir que si no hay una educación de parte de los actores de salud esta población que se encuentra en riesgo.

En relación a las prácticas de los estilos de vida respecto a nutrición en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según Consumo verduras y frutas, casi la totalidad de los pacientes tienen prácticas poco favorable, más de la cuarta parte tienen práctica desfavorable en cuanto al consumo de carbohidratos, con relación al consumo de azúcar y sal, casi la mitad tienen una práctica desfavorable, respecto al consumo de alimentos entre comidas, un porcentaje mínimo tienen una práctica favorable, sin embargo sobre consumo alimentos fuera de casa, la cuarta parte realiza una práctica poco favorable. Finalmente sobre consumo de cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más, la mitad posee una práctica desfavorable. Similar resultado obtuvo Corbacho quien señala que las prácticas negativas en los pacientes con diabetes son predominantemente negativa. La organización mundial de la salud (OMS) definió en 1989 al estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factor socioculturales y características personales”. Resultados que se asemejan relativamente a los reportados por Corbacho ⁽¹⁰⁾, quien encontró que en las practicas nutricionales de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se incumplía con la dieta, el consumo de pasteles o dulces más de tres veces por semana, así como el consumo de gaseosas. Esta tendencia también es corroborada por Montejo, ⁽¹¹⁾ quien concluye que el régimen alimenticio de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es inadecuado. La nutrición es la suma de procesos armónicos y coordinados entre sí que incluyen la ingestión, la digestión, la absorción, el transporte, la utilización y la

excreción de sustancias alimenticias. Su objetivo es asegurar al organismo un desarrollo óptimo, así como la integridad de todos sus sistemas y mecanismos.⁽³⁵⁾ La importancia de la alimentación en la enfermedad es básica, pues existe mayor riesgo a tener diabetes mellitus tipo 2. A parte de los factores genéticos, el mayor factor de riesgo para desarrollar diabetes es la obesidad 80% de las personas con diabetes tipo 2 son obesas. Según las normas médicas, ser obeso significa tener más de 30% de su peso corporal ideal. El menú apropiado para los diabéticos es a base de cereales integrales, legumbres y hortalizas. Estos son los alimentos mejor tolerados en caso de diabetes, pues no provocan aumentos del nivel de glucosa en sangre. Además según Pamplona⁽³⁶⁾ un buen estado de salud, una buena alimentación se está convirtiendo en la mente de los consumidores una herramienta para prevenir enfermedades y encontrar bienestar y calidad de vida; se puede considerar que la alimentación y el buen estado nutricional se encuentran en el nivel de autorrealización. De lo anteriormente mencionado, tener una práctica desfavorable en el aspecto de la nutrición significa, que los pacientes en estudio algunas veces comen verduras, casi nunca come frutas, y en algunas ocasiones agregan azúcar a sus bebidas, y consumen alimentos fuera de casa lo que garantiza una adecuada nutrición respecto a su dieta, cabe mencionar que casi siempre agrega sal a su alimentos, come pan de 3 a más piezas, casi siempre agrega raciones, porciones de alimentos por encima de su dieta, frecuentemente come alimentos entre comidas, frecuentemente agrega azúcar a sus alimentos y a sus bebidas. Cabe mencionar que debido al proceso de adaptación por el cual transige el paciente diabético, resulta ser dificultoso fijar en su vida diaria una dieta prescrita. A ello también se agrega la existencia de patrones alimenticios establecidos en la niñez que muchas veces es la que determina y direcciona las conductas o hábitos que pueden ser favorables o no para la salud.

Este resultado demuestra que los pacientes no tienen interés por cuidar su salud y probablemente explique la alta incidencia de complicaciones y descompensaciones. Si bien los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tienen conocimientos o en su entorno más cercano se le ha inculcado sobre conductas saludables, éstos pueden ser modificados, debido a la influencia de sus pares, u otros factores.⁽³¹⁾ Al contrastar con la población general, los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad de sufrir ceguera, 20 veces gangrena, 17 veces nefropatías y 12 veces cardiopatías según Touchette,⁽²⁵⁾ estas probabilidades aumentan en los diabéticos descontrolados.

Ante el panorama que se presenta en las investigaciones antes mencionadas, podemos concluir que el estilo de vida del paciente diabético, en una gran proporción de personas no es el más adecuado para el control de su enfermedad, lo que indica la importancia de realizar acciones efectivas encaminadas a su comprensión a así desarrollar acciones efectivas para su cambio. La cultura de un estilo de vida saludable y nos exige adaptar nuestras vidas, en todos sus aspectos a pautas de funcionamientos saludables. Sin embargo, en tal dinámica puede existir una tergiversación de lo que es realmente esencial a la hora de proponer un estilo de vida saludable, que es básicamente el evitar las conductas de riesgo lesivo o de enfermedad.⁽³⁴⁾ Considerando a los estilos de vida, como la forma que cada uno decide vivir, la hora de levantarse, el tipo de alimentos que consume, la clase de actividad física que practica, la forma de relacionarnos con los demás y la actitud que asumimos frente a los problemas; todo esto hace que tengamos o no un estilo de vida saludable. Así mismo, es recomendable como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo el empoderar y fomentar la participación, y concientizarlos a la reflexión y a la toma de decisiones, ya que los estilos de vida buscan crear un ambiente adecuado para la vida, conservando y mejorando la salud, la del entorno y la del ambiente interior a través de prácticas saludables y adecuadas. La diabetes mellitus es un problema muy importante de salud debido a sus múltiples repercusiones a niveles personales, económicos y sanitarios tanto en su tratamiento como sus complicaciones degenerativas. El análisis del concepto de estilo de vida y de los factores que influyen ha llevado a la coexistencia de por lo menos dos líneas conceptuales que implica maneras diferentes de actuar. La primera de ellas se refiere a la libre elección de conductas. Según este enfoque, las acciones deben ir encaminadas a evitar hábitos no saludables, recayendo así la total responsabilidad sobre el individuo.

Según Guerrero⁽²³⁾ los efectos de la educación sobre la salud han sido estudiados en repetidas ocasiones y se enfatiza que la educación afecta positivamente el estado de salud, en el presente estudio la auto actualización está directamente relacionado la autorrealización, el sentirse que se están satisfaciendo las necesidades básicas y superiores.

Práctica de estilos de vida respecto a la actividad física, en relación a realiza ejercicios físicos o actividades físicas, un poco más de la mitad de los pacientes posee una

práctica desfavorable, con relación a realiza ejercicios físicos fuera de sus actividades habituales de trabajo, casi la mitad tienen una práctica poco favorable, finalmente sobre realiza ejercicios físicos en su tiempo libre, la cuarta parte tienen una práctica desfavorable. Al comparar los resultados con el estudio de Montejo,⁽¹¹⁾ los resultados son similares con el de la presente investigación, ya que encontró que casi la totalidad de los pacientes no realizan actividad física. A ello Corbacho,⁽¹⁰⁾ indica en su estudio, que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que realizan no tienen un horario fijo para descansar. También guarda relación con el estudio realizado por Yanqui⁽¹³⁾ quien menciona que el 81.5% nunca hacen deporte, el 70.4% nunca manejan bicicleta y el mayor porcentaje nunca trota ni realiza esfuerzo muscular. La actividad física, es uno de los componentes primordiales en la práctica de estilos de vida saludable; el ejercicio pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto. Dentro del concepto de salud, la actividad física cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades.⁽³⁸⁾ Los estilos de vida sedentarios son una causa importante de mortalidad, morbilidad y discapacidad. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo 2 y de obesidad, además aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon, de pecho, hipertensión arterial, problemas de sobrepeso, osteoporosis, depresión y ansiedad.⁽⁴¹⁾ La caminata aparte de ser una forma excelente de ejercicio, a la luz de los hallazgos más recientes, se aproxima a ser la actividad ideal y un ejercicio con múltiples beneficios ya que su flexibilidad permite ser practicado casi en todas las circunstancias y lugares.⁽⁴⁴⁾ Según el ministerio de salud refiere que los hábitos saludables de los adultos influyen principalmente en evitar el sedentarismo y realizar ejercicio físico frecuentemente contribuye a un mejor control de ciertas enfermedades como la diabetes. Además mejora la circulación y junto con una dieta hipocalórica contribuye a la pérdida de peso. Así mismo, la práctica cotidiana de ejercicio físico aumenta el llamado buen colesterol y reduce los triglicéridos sanguíneos, refuerza la musculatura y contribuye al bienestar, ya que alivia el estrés y la tensión. Entre los beneficios de la actividad física, ayuda a disminuir el riesgo de ser hipertenso y en paciente con hipertensión arterial reduce los valores de la presión arterial. De acuerdo a los resultados anteriormente presentados, la población estudiada está en riesgo, y

predispuesta a sufrir una descompensación de la enfermedad o una complicación y deje secuelas fatales disminuyendo así su pronóstico de vida esperado. Por consiguiente en esta dimensión los pacientes diabéticos, tienen una práctica desfavorable lo que significa que la frecuencia de actividad física es menor a 15 minutos al día (caminar o trotar), o se realizan actividades donde no se incluye actividades relacionadas con el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras, caminar después de almorzar, ir de un lugar a otro), sin embargo en su tiempo libre frecuente ven televisión sin dedicarle espacio a actividades físicas.

Práctica de estilos de vida respecto al consumo de tabaco, en pacientes con diabetes, En el cuadro se aprecia que de la práctica de estilo de vida sobre consumo de tabaco. Según Habito del uso del tabaco, más de la cuarta parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen práctica de estilo de vida favorable mientras un porcentaje reducido tienen una práctica poco favorable. Sobre Frecuencia de fumar cigarrillos, casi todos los pacientes tienen una práctica favorable lo que resulta ser satisfactorio y un estilo de vida poco favorable. Al contrastar los resultados obtenidos con los de Revilla y Varillas ⁽¹²⁾ se concluye que existe semejanza, ya que se encontró que la mínima parte de los pacientes con diabetes consumen tabaco. Según Roncali ⁽²⁰⁾ la nicotina en el cigarrillo en el tabaco contrae los vasos sanguíneos, lo que obliga al corazón a bombear la sangre con más fuerza para mantener su flujo normal, como consecuencia la presión arterial se eleva a nivel más alto de las que se consideran normales, de allí la importancia que las personas que padecen de diabetes dejen de fumar o de usar los derivados del tabaco. Madrid, ⁽⁴⁵⁾ afirma que la nicotina favorece la aparición de arritmias en el corazón y actúa sobre las grasas produciendo un aumento del colesterol y los triglicéridos junto con una disminución de las HDL, el llamado colesterol bueno y un aumento de las LDL, el llamado colesterol malo. En los pacientes con diabetes es recomendable dejar de fumar para lograr el control de la glucosa en sangre y limitar el desarrollo de complicaciones crónicas. El tabaco es nocivo para la salud y especialmente peligroso para las personas con diabetes. Dejar de fumar tiene efecto positivo inmediato. Por consiguiente en esta dimensión los pacientes poseen una práctica relativamente favorable, ya que existen pacientes, aunque en mínima proporción que algunas veces fuman, de 1 a 5 cigarrillos al día, probablemente porque aún falta el empoderamiento total de las complicaciones que

podrían generarse al continuar con hábitos no saludables como es el consumo de tabaco.

práctica de estilos de según el consumo de alcohol en pacientes con diabetes tipo 2, según Hábito de beber alcohol más de la mitad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 posee una práctica favorable, sobre frecuencia de beber alcohol más de la mitad tienen práctica favorable y la tercera parte tiene práctica poco favorable. Los resultados de la presente investigación son similares con el estudio de Revilla y Varillas, ⁽¹²⁾ ya que encontró que casi la tercera parte de los pacientes con diabetes beben alcohol. Roncali, ⁽²⁰⁾ refiere que las personas que padecen diabetes deben moderar considerablemente su consumo de alcohol. El alcohol puede provocar edemas de la hipertensión, un descenso en nivel de azúcar en la sangre; edemas, contribuye al desarrollo de las neuropatías, a la obesidad y a una elevación en los niveles de los triglicéridos, las enfermedades oculares, la hipertensión arterial. Según Madrid, ⁽⁴⁵⁾ tomar bebidas alcohólicas en exceso, es consumir una cantidad exacta de calorías que hace efecto en el peso. Pero además el alcohol, tomado en exceso, es tóxico para el organismo y podría dañar el hígado, al páncreas, etc. En estudios a largo plazo se ha demostrado que tomar más alcohol del recomendado aumenta la mortalidad de manera muy importante. De acuerdo a los resultados encontrados en esta dimensión la mayoría de los pacientes presentan un conocimiento adecuado, sin embargo aún existe un estilo de vida poco favorable, ello significa que rara vez, ciertos pacientes beben alcohol por semana, de 1 a 2 bebidas por ocasión, lo que es lamentable ya que se tratan de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pacientes muchos más vulnerables a la ingesta de alcohol.

Práctica de estilos de vida según la información sobre diabetes, en pacientes con diabetes tipo 2, respecto a información sobre la diabetes, con relación a asiste a sesiones educativas para diabetes, un poco más de la mitad muestran una práctica desfavorable. Respecto a busca información sobre diabetes por su propia cuenta, más de la mitad poseen una práctica poco favorable, y un porcentaje reducido de la población posee una práctica desfavorable. Según bustos, ⁽⁸⁾ es importante que las personas tengan información sobre su enfermedad y esta información les permita reaccionar de manera favorable ante cualquier circunstancia de la vida, así mismo, menciona que los controles clínicos son importantes y el paciente debe hacerse amigo

de la enfermedad, ya que la condición de diabético es para toda la vida, por lo tanto a mayor información o conocimiento de la enfermedad mayor libertad de acción. Sin embargo Corbacho ⁽¹⁰⁾ señala que las prácticas negativas en los pacientes con diabetes es predominantemente negativa, este resultado demostraría que los pacientes no tienen interés por cuidar su salud y probablemente explique la alta incidencia de complicaciones y descompensaciones. Atkins ⁽⁴⁴⁾ señala que un buen estilo de vida saludable será alcanzado cuando las personas se convencen en buscar el bienestar por sí mismo y no por motivo de una enfermedad, para ello se requiere información y un verdadero convencimiento cultural, y la salud de una sociedad dependerá de cuan serio sea el compromiso con este llamado. De lo anteriormente mencionado se evidencia un inadecuado conocimiento sobre su enfermedad y una práctica de estilo de vida desfavorable, probablemente ya que muy pocos ellos asisten a pláticas para personas diabéticas, sin embargo varios tratan de buscar información por cuenta propia sobre su enfermedad, lo que hasta cierta medida resulta ser adecuado, pero mucha de esta información es obtenida de internet, lo que en muchos casos en información filtrada, y errónea.

Práctica de estilos de vida según adherencia terapéutica, con relación a Asiste con frecuencia a sus controles más de la cuarta parte muestran una práctica poco favorable, y un porcentaje reducido desfavorable. Sin embargo con relación a Cumplir dieta para diabéticos un poco más de la mitad tienen una práctica poco favorable. Al respecto del Aplicación adecuada de los medicamentos, casi el total de pacientes posee una práctica poco favorable y una proporción mínima, poco favorable. Resultados que se asemejan relativamente a los reportados por Revilla, ⁽¹²⁾ quien encontró que el 50.8% tuvo predominio de un inadecuado estilo de vida. La adherencia terapéutica se basa en la respuesta del paciente en el cumplimiento del tratamiento. Responde a un modelo diseñado para tratar problemas agudo, con el profesional como autoridad responsable del diagnóstico, tratamiento y resultados, y una educación preceptiva al paciente de “se debe hacer así”. La OMS define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar la medicación, seguir un plan de alimentación, realizar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones pactadas con un profesional de salud”. Según Boch ⁽⁴⁷⁾ Se basa en la respuesta del paciente en el cumplimiento del tratamiento. Responde a un modelo diseñado para tratar problemas agudo, con el profesional como autoridad responsable del diagnóstico,

tratamiento y resultados, y una educación preceptiva al paciente de “se debe hacer así”. Al incrementarse las enfermedades crónica, el modelo se trasladó a estos pacientes y utiliza estrategias de motivación de la conducta para promover el conocimiento o la adhesión. El paciente con diabetes debe tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, seguir las recomendaciones del terapeuta que facilitara el cambio de las personas hacia un modo de vida más saludable. Estos resultados obtenidos expresan que los pacientes tienen una práctica desfavorable en cuanto a la adherencia terapéutica, que puesto, algunas veces no hacen el esfuerzo de tener controlada su enfermedad, lo que no es ideal, así como a veces se olvidan de tomar sus medicamentos y la aplicación de la insulina, y en pocas ocasiones muchos pacientes no siguen las instrucciones médicas para el control y cuidado de su salud.

Práctica de estilos de vida al respecto sobre el manejo de emociones, con relación a Se enoja con facilidad, más de la tercera parte muestran una práctica poco favorable. Respecto a Se siente triste, más de la mitad poseen una práctica poco favorable Sin embargo con relación a Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro, un poco ms de la tercera parte de la población posee una práctica poco favorable. Los resultados son similares a los de Revilla y Varillas, ⁽¹²⁾ quien reporta que el 72.0% tiene un inadecuado estilo de vida en cuanto emociones. Con relación al manejo de emociones se consideran etapas como: aceptación de la enfermedad, considerada como una de las etapas importantes, ya que si no es manejada de forma adecuada afecta a la autoestima y desencadena una serie de mecanismos de defensa ante la angustia. Este proceso a través de diferentes fases, que son parecidas a las que se experimenta en el duelo. ⁽⁴⁷⁾ No todos los pacientes pasan por estos procesos, algunos llegan a la aceptación de la enfermedad en poco tiempo, mientras que otro no llegan a esto. La negación puede servir como un mecanismo de defensa valioso. Al negar las malas noticias, se evita caer en la depresión que a veces incapacita a las personas para actuar. El curso normal de la depresión es salir gradualmente de ella, aceptando pequeñas porciones de información a un paso que se pueda manejar, haciendo ajustes poco a poco. ⁽²⁵⁾ Sin embargo es importante detectar la depresión, en la fase de tristeza- depresión el pensamiento está centrado básicamente en lo que se ha perdido o no es posible realizar. En esta etapa de tristeza es importante dar el tiempo suficiente a la persona y a la familia para que la superen. Se debe hacer hincapié solo en metas y objetivos de los

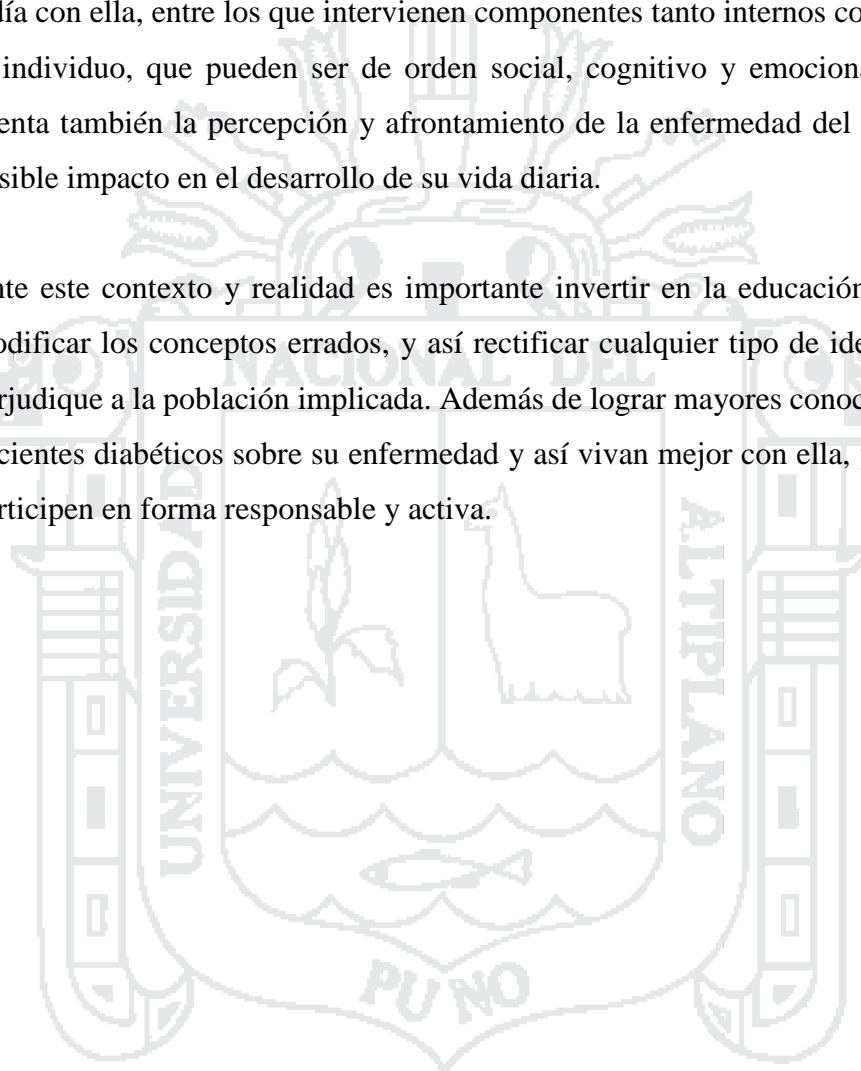
que se tenga seguridad que son alcanzables. Las personas y familia comienzan a darse cuenta de que realmente se puede seguir viviendo con diabetes. Se produce una aceptación de las limitaciones impuestas por el tratamiento y se acepta que con determinados es posible obtener una buena calidad de vida. ⁽⁴⁷⁾ Sin embargo Corbacho ⁽¹⁰⁾ señala que las prácticas negativas en los pacientes con diabetes es predominantemente negativa, este resultado demostraría que los pacientes no tienen interés por cuidar su salud y probablemente explique la alta incidencia de complicaciones y descompensaciones. Según Boch y Cabases ⁽⁴⁷⁾ El diagnóstico de la enfermedad crónica, junto con la pérdida de la integridad física y psicológica que supone, afecta a la autoestima y desencadena una serie de mecanismos de defensa ante la angustia. Y finalmente la irritabilidad, una vez que se haya sobrepuesto a los sentimientos de la negación, tal vez comiencen los sentimientos de enojo. El enojo puede coexistir con la negación o la depresión. Algunas situaciones pueden provocar el enojo, y su enojo puede aparecer en situaciones que aparentemente no tiene nada que ver con la diabetes. La diabetes puede ser muy abrumadora y provocar muchos miedos. Que a veces lleva un largo proceso al paciente para aceptarlo y manejarlo. ⁽²⁵⁾ En consecuencia un inadecuado manejo de emociones, repercute en la salud del paciente y constituye un factor de riesgo para su salud, el bienestar y la calidad de vida. Los resultados evidencian que la mayoría de pacientes presentan un estilo de vida desfavorable, en el manejo de emociones, encontrándose casos en el que, algunas veces se sienten triste, otras o casi siempre se enojan con facilidad, y tienen un pensamiento pesimista sobre su futuro. Estos hallazgos probablemente se deban a la falta de tolerancia y adaptación de su enfermedad, así como la tensión que vienen acumulando debido a diferentes factores de su entorno y la enfermedad propiamente dicha.

Al efectuar la relación entre conocimiento sobre su enfermedad y la práctica de estilo de vida, los resultados muestran que casi la mitad de los pacientes, tienen un conocimiento no adecuado, con relación a su enfermedad y una práctica de estilo de vida desfavorable; mientras que, en una proporción mínima tienen conocimiento intermedio y adecuado respectivamente, y una práctica de estilo de vida poco favorable, sin embargo en un porcentaje reducido de pacientes poseen un conocimiento adecuado y una práctica favorable en cuanto a estilos de vida. No obstante es importante recalcar que más de la mitad de la población de pacientes

poseen un estilo de vida desfavorable, y la tercera parte poco favorable. Estos resultados son relativamente similares con los reportados por Cobarcho, quien obtuvo en su población de estudio un conocimiento bueno o adecuado, en un 23.0%, un nivel regular o intermedio en un 37.9% y un nivel de conocimiento malo o inadecuado en un 39.1%. En cuanto a la práctica de estilos de vida, 51.7% presentó prácticas negativas; mientras que 48,3% presentó prácticas positivas. También son similares a los encontrados en cada una de las dimensiones de conocimiento, y guardan relación con los aspectos por Noda, Pérez, Málaga y Aphan, quienes encontraron que sola una mínima parte de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 poseía conocimiento adecuado de las posibles complicaciones. Sin embargo, estos resultados difieren con los obtenidos por Bustos,⁽⁸⁾ quien muestra que el 70%, presentó de su población en estudio tuvo respuestas adecuadas, concernientes a la herencia y diabetes, control glucémico, conocimiento sobre la importancia de la dieta y el ejercicio para su control, no obstante sobre prevención de complicaciones, muestran que más del 80%, presentaron una respuesta no adecuada. De acuerdo a la teoría el conocimiento, es un conjunto de información almacenada que la persona posee y desarrolla mediante la experiencia o el aprendizaje lograda por la integración de los aspectos sociales, intelectuales y experiencias en la actividad práctica de la vida diaria, el cual se manifiesta en forma de saberes y comportamientos. De los resultados obtenidos se reflejan que la mayoría de pacientes presenta un conocimiento inadecuado en cuanto a su enfermedad y practica desfavorable, lo que significa que el grado de conocimiento es “insuficiente o bajo” porque hay baja abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son imprecisos, las ideas estas desorganizadas y con poco fundamento lógico en cuanto a su enfermedad. En ausencia de insulina, la glucosa no entra en las células y se secreta en la orina.⁽²¹⁾ Es importante recalcar que existen distintos estados que puedan llevar a desarrollar la enfermedad diabética tipo 2, la disminución de la actividad muscular, el envejecimiento de la población y otros factores que se encuentran relacionados con la forma de vida, la alimentación, es por ello que se presenta con mucha frecuencia en las personas obesas, sin embargo puede ser controlado mediante la pérdida de peso, y observando una dieta muy estricta,⁽²⁰⁾ es ahí donde viene a tallar los estilos de vida, entendidos como un conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas, las cuales pueden ser saludables o nocivas para la salud.⁽³³⁾ Así mismo, cabe mencionar que para auto gestionar el control de la diabetes es deseable que cada persona esté en condiciones de

reaccionar de la manera más favorable posible ante cualquier circunstancia de la vida, incluidas las inesperadas, para ello es preciso conocer ampliamente la enfermedad, tener información y llevar un estilo de vida favorable. Sin embargo los resultados anteriormente mencionados podrían deberse a la existencia de diferentes aspectos que podrían estar asociados al desconocimiento de su enfermedad a pesar de convivir día a día con ella, entre los que intervienen componentes tanto internos como externos en el individuo, que pueden ser de orden social, cognitivo y emocional, tomando en cuenta también la percepción y afrontamiento de la enfermedad del paciente y a su posible impacto en el desarrollo de su vida diaria.

Ante este contexto y realidad es importante invertir en la educación, en reforzar o modificar los conceptos errados, y así rectificar cualquier tipo de idea negativa que perjudique a la población implicada. Además de lograr mayores conocimientos en los pacientes diabéticos sobre su enfermedad y así vivan mejor con ella, y de esta forma participen en forma responsable y activa.

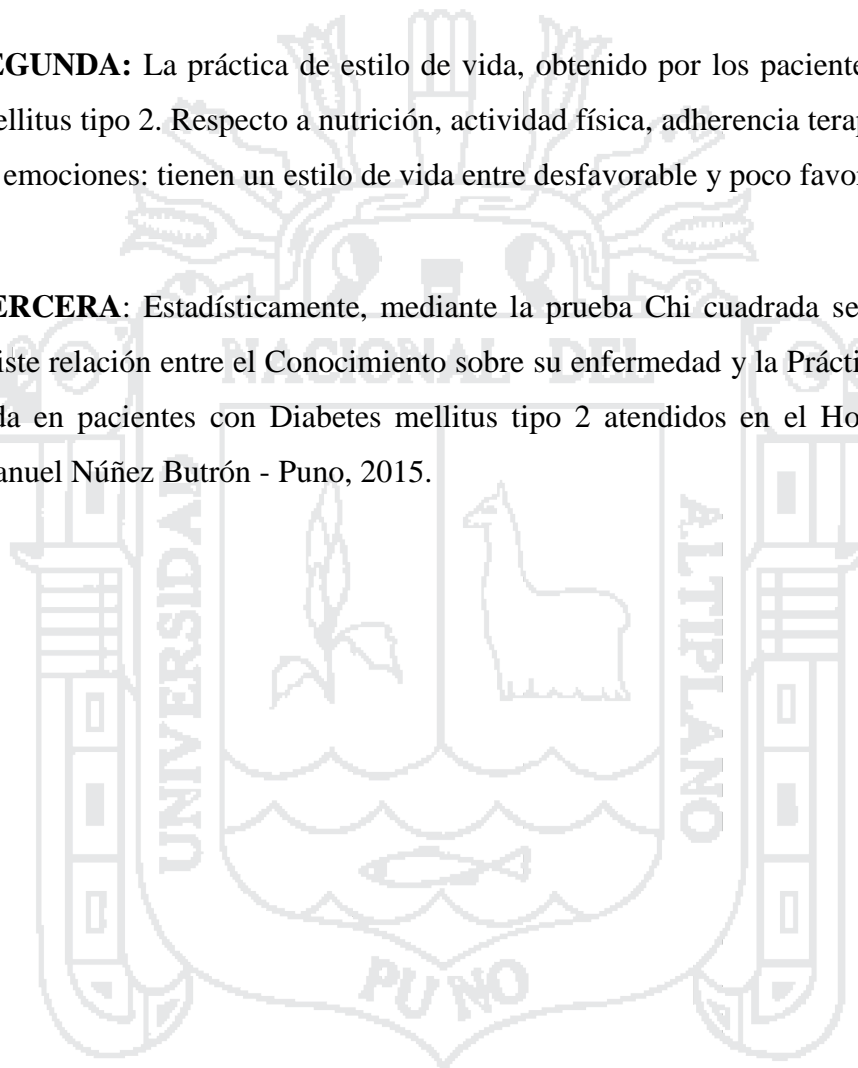


CONCLUSIONES

PRIMERA: La mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que son atendidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón, tienen conocimiento no adecuado sobre aspectos generales, complicación y medidas preventivas.

SEGUNDA: La práctica de estilo de vida, obtenido por los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Respecto a nutrición, actividad física, adherencia terapéutica, manejo de emociones: tienen un estilo de vida entre desfavorable y poco favorable.

TERCERA: Estadísticamente, mediante la prueba Chi cuadrada se confirma que existe relación entre el Conocimiento sobre su enfermedad y la Práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2015.



RECOMENDACIONES

A LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN

En función a los resultados para un mejor control de los pacientes diabéticos, implicaría fomentar y promover de forma activa los estilos de vida saludables en los pacientes de del Hospital Manuel Núñez Butrón, mediante la educación con el propósito de empoderar a los pacientes la importancia de la práctica de hábitos de vida saludable.

A las enfermeras encargadas de la atención del paciente diabético, efectivizar en cuanto al cumplimiento de controles, tratamiento y hábitos que favorezcan a una mejor calidad de vida.

Se propone a los profesionales de salud realizar visita domiciliaria para sensibilizar a los familiares en lo referente a buenas relaciones familiares, la buena comunicación y la tolerancia con los adultos de su entorno que están afectados por la diabetes, con lo cual ayudara a favorecer una óptima adaptación de la enfermedad

Con la participación coordinada de los supervisores y jefe la estrategia de Enfermedades No Trasmisibles del hospital, implementar actividades para el control estricto de diabetes a través de un examen de glucosa en laboratorio es más fidedigna, que les permita reflexionar a los pacientes sobre su situación de salud.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA

Se sugiere realizar otros estudios de investigación, en distintos lugares, para conocer distintas realidades, tomando en cuenta los resultados, utilizando variables como la cultura, procedencia y entorno familiar que permitan explicar, comprender e intervenir en la problemática de los pacientes diabéticos sobre el conocimiento y el estilo de vida.

De acuerdo a los resultados sería conveniente que se realizaran estudios sobre frecuencia de internamiento hospitalario por consecuencia de complicaciones que se da en las personas con diabetes y estudios de investigación donde se dé énfasis al aspecto educativo.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Brunner E, I S. Tratado de enfermería Médico - Quirúrgica. Novena ed. Mexico: Mc Graw - Hill Interamericana; 2002.
2. Sierra I, Gruber E, Mendivil C, C P. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Asociacion Latinoamericana de Diabetes. 2013 noviembre; II(142).
3. Han N, Whiting D, Guariguata L, Aschner P. Federación Internacional de Diabetes. Versión online del Atlas de la Diabetes de la FID. 2013 enero; IV(11).
4. Dirección Regional de Salud. Base de datos estadísticos de la dirección regional de salud - Puno, Perú. [En línea].; 2013 [citado 2015 octubre 7].
5. Rivas V, Garcia H. Prevalencia de ansiedad y depresion en peronas con diabetes mellitus tipo 2. Redalyc.org. 2012 Enero; 17(2).
6. Novials A. Canal - diabetes. [En línea].; 2013 [citado 2016 enero 25. disponible en: www://canaldiabetes.com/controlar-emociones.
7. Navarro F, Rodriguez M. Nivel de informacion sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad. El sevier. 2012 Septiembre; 26(5).
8. Bustos S, Barajas M, López H. Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes diabéticos hospitalizados y de consulta ambulatoria del occidente de México. Tesis de grado. México: Universidad de Guadalajara, Investigación; 2010.
9. Figueroa M, Cruz J, Ortiz A JJ, Lagunes A. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa Diabetes. Tesis de grado. México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Investigación; 2013.
10. Corbacho K, Palacios N, Vaiz R. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. Tesis de Maestria. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia., Investigación; 2010.

11. Melgarejo N. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnostico de esta enfermedad en el hospital nacional Luis N. Sáenz PNP. Tesis de grado. Lima: NUiversidad Nacional Mayor de San Marcos, Investigación; 2013.
12. Revilla H, Varillas M. Estilos de vida y complicaciones en personas con diabtes mellitus tipo 2, CAP III meliton salas tejada. ESSALUD. Arequipa. Tesis de grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Investigación; 2012.
13. Yanqui A. Factores desencadenates de la diabetes tipoII en pacientes del hospital Manuel Nueñez Butron. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Investigación; 2014.
14. Bunge M. Epistemología del conocimiento España: Ariel; 1980.
15. Rusell B. El conocimiento humano. Quinta ed. España: Tourus S.A.; 1998.
16. Asociacion Medica Peruana. Diabetes. ; 2010.
17. Lahey B. Introduccion a la psicología Mexico: Mc Graw Hill; 1999.
18. Bunge M. Epidemiología. Primera ed. Barcelona España: Ariel; 1980.
19. Huertas W. Tecnología educativa Lima: Edit. Retablo Papel. Vol II; 2000.
20. Roncali E. Diabetes: El enemigo que hacecha en silencio. primera ed. Mexico: Digital publications, Inc.; 2010.
21. Smeltzer S BB. Enfermería médico quirúrgicos. Décima ed. México: McGraw-Hill; 2004.
22. Fundacion para la Diabetes. Corporation Web site. [En línea].; 2014 [citado 2015 Octubre 31. Disponible en:

<http://foro.fundaciondiabetes.org/>.
23. Guerrero F. Vivir con diabetes. Segunda ed. Buenos Aires: Gama produccion Grafia S.R.L.; 2006.

24. Ruiz D, Ales M, Silva L, Rodriguez L. Auxiliar de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Primera ed. España: Editorial Mad.S.L.; 2006.
25. Touchette N. Todo y más sobre la diabetes. Primera ed. Islas c, editor. México: Printice hall; 2001.
26. Atkins R, Vermon M, J E. La revelación Diabética del Dr. Atkins. Primera ed. Katy R, editor. Estados Unidos: Harper Collins Publishers.; 2011.
27. Osorio I. Factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en pacientes diabéticos tipo II. Rev Cubana Med Ged Integr Cuba. 2006 Abril; I(22).
28. Masias H. Nefropatía diabética. Nefrologia. 2011 Mayo; I(12).
29. Magri B. Diabetes de la A a la Z. Primera ed. Alexandria v, editor. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.; 2004.
30. Bajaña S, Bonilla J, Cabrera E, Cantos M. Manual de Enfermería Perú. Scielo. 2005 Septiembre; I(12).
31. Organización Mundial de la Salud. Unidades de Bebidas Estándar: Disfruta de un consumo responsable. 2013..
32. Olvera I. Vive con diabetes. 2012. Complicaciones de la diabetes y Tabaco.
33. Gómez F. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). [En línea].; 2011 [cited 2015 Septiembre 22 16. Disponible en:
<http://www.iingen.unam.mx/es-s/bancodeinformacion/memoriadeeventos/jornadasSalud/estilosdevidaSaludable.pdf>.
34. Polanco K, Ramos L. Estilos de Vida y sus Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta de la Comunidad Señor de Palacios. Tesis. Ayacucho: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Enfermería; 2011.
35. Álvarez E. Manual de nutrición en diabetes para profesionales de la salud. Primera ed. Aldrete J, editor. Colombia: Alfil, S. A.; 2012.

36. Pamplona J. Alimentos que curan y previenen. Buenos Aires: Asociación casa editora sudamericana. 2003 eptiembre; II(12).
37. Cano E, Pérez A, Franch I. Guía de la diabetes tipo 2. El Servier. 2011 Marzo; 5(6).
38. Ministerio de Salud. Aporte Nutricional del Adulto - Perú. [En línea].; 2013 [citado 2014 Noviembre 16. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/oei/pdf>.
39. Casanueva E, Kaufer M, Pérez A, Arroyo P. Nutriología médica. Tercera ed. Morales P, editor. México: Médica panamericana, S.A.; 2008.
40. Asociación Americana de Diaetes. standards of medical care in diabetes. [En línea].; 2010 [citado 2015 Octubre 22. Disponible en:
[www,http:ameriadiabetesassociation.com](http://www.ameriadiabetesassociation.com).
41. Licata M. La actividad física dentro del concepto de salud. [En línea].; 2007 [citado 2014 Noviembre 24. Disponible en:
<http://www.zonadiet.com/deporte/actividad.fisica-salud.htm>.
42. Gálvez C. Poder para cambiar los hábitos de la salud de manera feliz y para siempre. Tesis de grado. Lima: Universidad Peruana Unión, Investigación; 2002.
43. White J. Consejo sobre el régimen alimenticio. Argentina: casa editora sudamericana. 1995 Septiembre; I(23).
44. Atkins R. La revolución diabetica. Primera ed. Vernon M, editor. Estados Unidos: Harper Collins publishers; 2011.
45. Madrid J, Madrid A, García M. Si eres adulto y tienes diabetes, contrólala. tú puedes. Primera ed. Aldos M, editor. Madrid: Arán ediciones, S.L.; 2010.
46. Alvarez E. Nutricion en diabetes. Primera ed. Aldrete J, editor. México: Solar, servicios Editoriales, S.A.; 2012.
47. M, Cabases T. Manual de educación terapéutica en diabetes. Primera ed. Figuerola litor. Madrid: Días de santos, S.A.; 2011.

48. Canales A. metodología de la investigación. Segunda ed. Washington: OPS; 1996.
49. Hernández R, Fernández C, Baptista P. metodología de la investigación. Quinta ed. México: Interamericana Editores, S.A.; 2010.
50. Gallardo V. Construcción y validación de un instrumento de evaluación de conocimiento en pacientes que acudieron al modulo diabetimss. Tesis de especialidad. México: Universidad Autonoma de Querétaro, Investigacion; 2013.
51. Larico D. Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de grado. Juliaca: Universidad Peruana Unión, Hospital III EsSalud; 2014.





ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable Independiente: Conocimiento sobre Diabetes Mellitus Tipo 2.

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE
<p>Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2. Es el conjunto de ideas o nociones que posee el paciente sobre la diabetes mellitus tipo 2. Es el resultado de la experiencia organizada en la medida a través de un cuestionario que incluya aspectos generales complicaciones y medidas preventivas de la enfermedad.</p>	<p>Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2</p>	<p>Escribe el nombre completo de su enfermedad.</p>	<p>Conocimiento adecuado. Conocimiento intermedio. Conocimiento no adecuado.</p>	<p>Si = 4 No = 0</p>
		<p>Conoce la definición de diabetes mellitus.</p> <p>Conoce las causas de la diabetes mellitus.</p> <p>Conoce los riesgos complicación de la diabetes Mellitus.</p> <p>Conoce el tratamiento de la diabetes mellitus.</p> <p>Conoce el diagnóstico de la diabetes Mellitus.</p>		
	<p>Complicaciones agudas y crónica.</p>	<p>Conoce las complicaciones crónicas de la diabetes Mellitus 2 como: retinopatía, nefropatía, neuropatías, aterosclerosis, pie diabético, etc.</p> <p>Conoce las complicaciones agudas de la diabetes Mellitus 2 como: hiperglucemia e hipoglucemia.</p>	<p>Conocimiento adecuado. Conocimiento intermedio. Conocimiento no adecuado.</p>	<p>Respuesta correcta = 4 Respuesta incorrecta = 0</p>

VAN...

VIENEN...

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE
	Medidas preventivo promocionales	<p>Conoce alimentos saludables.</p> <p>Conoce los beneficios de la actividad física para personas con diabetes tipo 2.</p> <p>Conoce la importancia de realizarse controles periódicos de la enfermedad.</p> <p>Conoce los efectos del alcohol y tabaco en personas con diabetes Mellitus.</p> <p>Conoce la importancia del cuidado de los pies, en personas con diabetes Mellitus tipo 2.</p>	<p>Conocimiento adecuado.</p> <p>Conocimiento intermedio.</p> <p>Conocimiento no adecuado.</p>	<p>Respuesta correcta = 4</p> <p>Respuesta incorrecta = 0</p>

Variable Dependiente: Prácticas de estilos de vida.

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE
Prácticas de estilos de vida. Es la adopción de un patrón conductual que refleja un estado vivencial del paciente con diabetes mellitus tipo 2, influido por las normas de convivencia y condiciones socioeconómicas bajo las que se desarrolla.	Nutrición	Consume verduras.	Todos los días de la semana Algunos días Nunca	4 2 0
		Consume frutas	Nunca. Algunas veces.	0 2
		Consume carbohidratos	Siempre todos los días.	4
		Consume azúcar y sal en exceso	Nunca Algunas veces. Siempre todos los días.	4 2 0
		Consume proteínas en la dieta diaria.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	0 2 4
		Consume edulcorantes.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	4 2 0
	Actividad física.	Realiza ejercicios físicos o actividades físicas en los tiempos libres.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	0 2 4
	Consumo de tabaco.	Frecuencia del uso del tabaco. Cantidad de cigarrillo en un día.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	4 2 0
	Consumo de alcohol.	Hábito y frecuencia de beber alcohol.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	4 2 0
	Información sobre diabéticos.	Asiste a sesiones educativas para diabéticos. Busca información sobre diabetes por su propia cuenta.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	0 2 4
Manejo de emociones	Control adecuado de la ira. Depresión	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	4 2 0	
Adherencia terapéutica	Asiste con frecuencia a sus controles. Cumplir dieta para diabéticos Cumplimiento del tratamiento prescrito Aplicación adecuada de los medicamentos.	Nunca. Algunas veces. Siempre todos los días.	0 2 4	

ANEXO 2



Universidad Nacional del Altiplano – Puno
Facultad de Enfermería
E. P. Enfermería



CUESTIONARIO IMEVID

I. PRESENTACIÓN

Estimado señor(a), este es un cuestionario para conocer el estilo de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2; por lo cual le pido que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja su estilo de vida en los últimos tres meses, el cuestionario es de carácter anónimo y le agradezco anticipadamente por su colaboración.

II. DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su edad? _____ Años. *(Complete)*

2. Sexo:

- a. Femenino ()
- b. Masculino ()

3. Grado de instrucción:

- a. Sin estudios ()
- b. Primaria incompleta ()
- c. Primaria completa ()
- d. Secundaria incompleta ()
- e. Secundaria completa ()
- f. Superior no universitaria ()
- g. Superior universitario ()

4. Tiempo de la enfermedad:

- a. Menos de un año ()
- b. De 1 a 5 años ()
- c. Mayor a 5 años ()

III. DATOS ESPECÍFICOS

Instrucción. Lea cuidadosamente y marque con una “X” la respuesta que usted crea conveniente dentro del cuadro (correspondiente. Elige para cada ítem solo una respuesta.

1	¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2	¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3	¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
4	¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 a más
5	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6	¿Agrega sal a los alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7	¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
8	¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
9	¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca.	Algunas veces	Casi siempre.
10	¿con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
11	¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12	¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
13	¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo diario
14	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 a más
15	¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
16	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 a más
17	¿A cuántas conversaciones 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.
19	¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre.
20	¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre.
21	¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
22	¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23	¿Sigue dieta para diabéticos?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24	¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre.
25	¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca.

Gracias por sus respuestas

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES.

I. PRESENTACIÓN

Estimado señor(a), este es un cuestionario para conocer el conocimiento que tiene sobre Diabetes Mellitus tipo 2; le pido que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere es la respuesta en los últimos tres meses, el cuestionario es de carácter anónimo y le agradezco anticipadamente por su colaboración.

II. DATOS ESPECÍFICOS

Instrucción. Lea cuidadosamente y marque con una “X” la respuesta que usted crea conveniente. Elige para cada ítem solo una respuesta.

1. Escriba el nombre completo de su enfermedad.

.....
..

2. ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

- a. Enfermedad metabólica que es causado por los riñones enfermos ()
- b. Enfermedad metabólica que se caracteriza por que el páncreas produce insulina en exceso y el azúcar en sangre esta elevado. ()
- c. Enfermedad metabólica que se caracteriza por que el páncreas no produce o produce poca insulina por lo que el azúcar en sangre esta elevado. ()
- d. No sabe ()

3. Los hijos de las personas diabéticas, tienen más posibilidad de tener Diabetes.

(V) (F)

4. El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina, no necesita hacer ejercicios.

(V) (F)

5. La diabetes si tiene cura

(V) (F)

6. Las infecciones pueden descompensar la Diabetes.

(V) (F)

7. ¿Qué exámenes se realizan los diabéticos para su control?

- a. Glucosa en ayunas ()
- b. Examen de orina ()
- c. Hemoglobina glicosilada ()
- d. Todos ()
- e. No sabe ()

8. La diabetes puede afectar también los riñones, ojos, circulación, nervios.

(V)

(F)

9. El diabético no necesita ir al oftalmólogo.

(V)

(F)

10. ¿Cuáles son síntomas de glucosa elevada en sangre?

- a. Sed aumentada ()
- b. Orina abundante ()
- c. Boca seca ()
- d. Todos ()
- e. Ninguno ()

11. ¿Cuáles son los síntomas que hacen sospechar glucosa baja en sangre?

- a. Nauseas, vómitos y fiebre. ()
- b. Temblor sudoración y fatiga. ()
- c. Calambres y sudor en las piernas. ()
- d. No sabe. ()

12. ¿Qué es lo primero que debe hacer, si usted tiene síntomas de hipoglicemia (azúcar baja en sangre)?

- a. Ir al médico. ()
- b. Tomar una bebida azucarada. ()
- c. Acostarse y arroparse. ()
- d. No sabe. ()

13. ¿Cuándo es probable que ocurra hipoglicemia (azúcar baja en sangre)?

- a. Durante un gran esfuerzo físico. ()
- b. Aplicarse la dosis de insulina y demostrar más de una hora para alimentarse. ()
- c. Justo antes de las comidas. ()
- d. Todos. ()

14. Los obesos se enferman de diabetes más fácilmente.

(V)

(F)

15. El cigarro favorece a las complicaciones de la diabetes.

(V)

(F)

16. No es importante controlar la presión arterial en las personas con diabetes

(V)

(F)

17. ¿Cada cuánto tiempo usted debe realizar ejercicio físico?

- a. Una vez por semana. ()
- b. Tres veces por semana. ()
- c. Una vez al mes. ()
- d. No sabe. ()

18. Cuando un diabético va a realizar un ejercicio no acostumbrado, ¿Qué debe hacer?

- a. Comerá algo antes de realizarlo ()
- b. Comerá menos durante el día ()
- c. Suspenderá tabletas o insulina ()
- d. No sabe. ()

19. La dieta forma parte del tratamiento.

(V)

(F)

20. La dieta del diabético requiere:

- a. Hacer una sola comida ()
- b. Hacer varias comidas al día ()
- c. Comer cuando tiene deseo ()
- d. No sabe. ()

21. Cuando la nutricionista le indica que haga una dieta con 1800 calorías, significa:

- a. Ud. Come 1800 calorías en el desayuno ()
- b. Come 1800 calorías en cada comida ()
- c. Reparte las 1800 calorías entre las tres comidas ()
- d. No sabe. ()

22. Si un diabético tuviera que cambiar la fruta de postre en un restaurante ¿por los siguientes alimentos debería cambiarla?

- a. Por una fruta en con conserva ()
- b. Por el jugo de piña que se toma como apetitivo ()
- c. Por un melocotón dividido en dos mitades servido como mermelada ()
- d. Por manzana cocida con miel ()
- e. Ninguno ()

23. ¿Cada cuánto tiempo deben ser examinados sus pies?

- a. Diariamente ()
- b. Cada 15 días ()
- c. 1 vez al mes ()
- d. No sabe ()

24. Los pies necesitan cuidados especiales porque:

- a. Los pies planos son frecuentes en los diabéticos ()
- b. La enfermedad produce muchos callos en los pies ()
- c. La enfermedad afecta la circulación en los pies ()
- d. No sabe ()

25. Lo mejor para el cuidado de los pies es:

- a. Cortarse uñas y callos todos los días ()
- b. Hurtarse yodo para destruir callosidades ()
- c. Cortar las uñas rectas periódicamente y no usar sustancias irritantes ()
- d. No sabe ()

Gracias por su participación

ANEXO 4

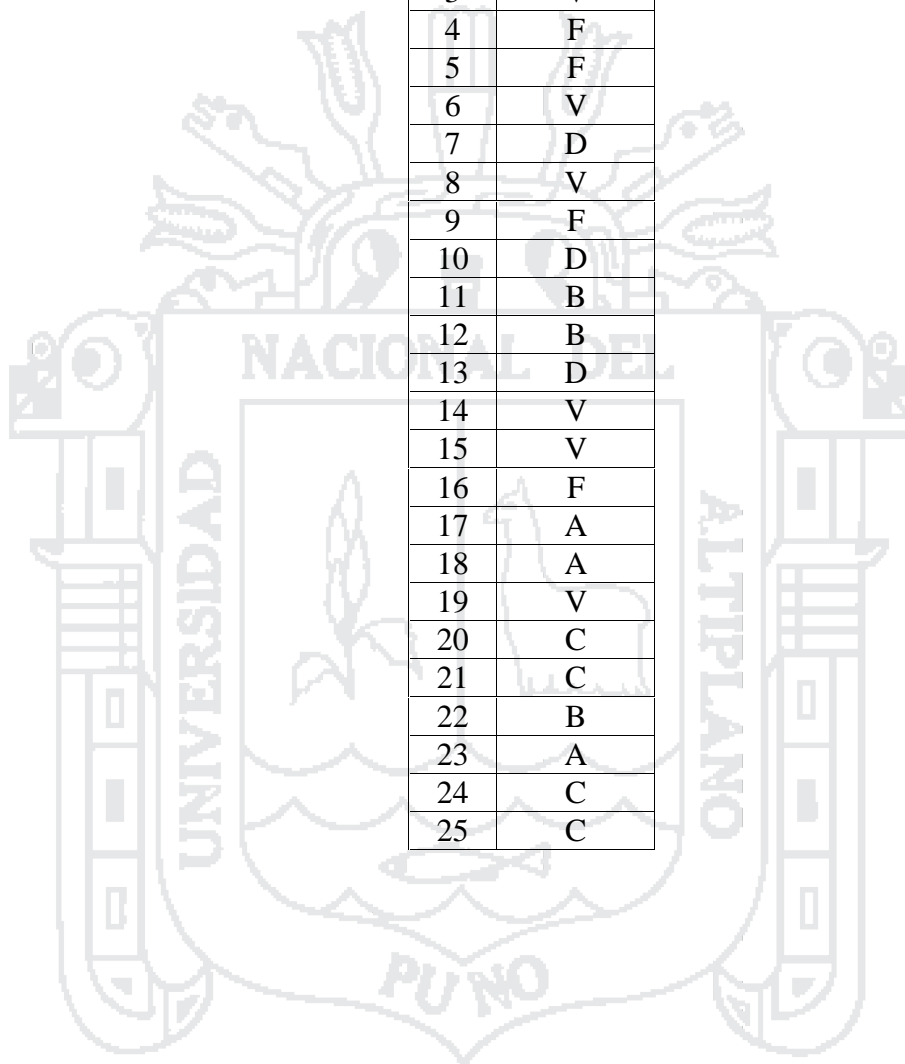
CLAVE DE RESPUESTAS POR REACTIVO IMEVID

VALOR DE CADA RESPUESTA	4 PUNTOS	2 PUNTOS	0 PUNTOS
Nº de reactivos:	Respuesta	Respuesta	Respuesta
¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 a más
¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces	Casi nunca por semana
¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo diario
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 a más
¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez por semana	1 vez o más
¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguno	1 a 2	3 o más
¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna
¿Trata de tener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Sigue dieta para diabéticos?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse insulina?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
¿Sigue las instrucciones médicas que se les indican para su cuidados?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

ANEXO 5

Clave de respuestas correctas por ítems

Ítem	Respuesta
1	DM2
2	C
3	V
4	F
5	F
6	V
7	D
8	V
9	F
10	D
11	B
12	B
13	D
14	V
15	V
16	F
17	A
18	A
19	V
20	C
21	C
22	B
23	A
24	C
25	C



ANEXO 6

TABLA

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICAS DE ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2015.

Pruebas de chi-cuadrado

	VALOR	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,200 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	21,940	4	,000
Asociación lineal por lineal	14,630	1	,000
N de casos válidos	24		

Fuente: Cuestionario para medir el Conocimiento sobre Diabetes realizado a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

$p (0.002) < p (0,05)$ se acepta la hipótesis alterna

Se presenta la prueba de la relación entre el conocimiento las prácticas de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; dado que la probabilidad de $p (0.002)$ es menor que alfa $p (0.05)$, se acepta la hipótesis alterna. Esto significa que los datos observados se ajustan a la distribución teórica, por lo tanto las diferencias observadas si son estadísticamente significativas. Concluimos que existe relación entre el Conocimiento sobre la enfermedad y la Práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, 2015.

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....de.....años de edad, identificado con DNI....., acepto participar en la encuesta acerca de “Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el HRMNB de Puno” con el objeto de contribuir con el trabajo de investigación propuesto.

Declaro que he sido informado sobre mi participación y que no implica riesgos para mi persona o mi salud, además la información que proporciono se utilizará solo con fines investigativos y tendrán el carácter confidencial.

Firma del paciente

DNI:

ANEXO 8

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

FOTO 1



Descripción: aplicando el instrumento al paciente con Diabetes Mellitus 2

FOTO 2



Descripción: aplicando el instrumento al paciente con Diabetes Mellitus 2.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS DEL TRÁMITE PARA EL ACCESO A DATOS
DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS 2:

LIBRO DE REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE MEDICINA A Y B
CON DIAGNOSTICO MEDICO DIABETES MELLITUS TIPO 2

FOTO 3



Descripción: recolectando datos de los pacientes hospitalizados con diabetes Mellitus 2

FOTO 4



Descripción: recolectando datos de los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus 2.