

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES
CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
- 2015”**

**Tesis Para optar el título profesional de
Licenciadas en Enfermería**

Mariella Benavides Perez
Elvira Mercedes Lira Cordova
Pilar Corina Tomairo Huamanraime

**Callao, Octubre 2015
PERU**

DEDICATORIA

A nuestros padres que con su apoyo, amor y cariño incondicional hicieron todo en la vida para que pudiéramos lograr nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos dado la vida, guiar nuestros pasos y proporcionarnos sabiduría y la salud para lograr nuestros objetivos; además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres por su comprensión y apoyo en todo momento. Nos han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Nos han dado todo lo que somos como persona, valores, principios, perseverancia y empeño y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

A nuestra Universidad Nacional del Callao por ser nuestra casa de estudio donde adquirimos los conocimientos necesarios para formarnos como profesionales de enfermería.

A la Lic. Yrene Blas Sancho y Mg. Mercedes L. Ferrer Mejía y a todos los docentes quienes a lo largo del desarrollo de esta investigación nos brindaron su apoyo incondicional.

Al Lic. Medardo Rafael Chucos Ortiz por la confianza y respaldo en la realización de esta investigación.

HOJA DE REFERENCIA

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar	PRESIDENTA
Dra. Ana Lucy Siccha Macassi	SECRETARIA
Mg. Maria Elena Teodosio Ydrugo	VOCAL
Mg. Jose Luis Salazar Huarote	SUPLENTE

ASESORA: Mg. Haydee Blanca Román Aramburu

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE ACTA: 006

Fecha de aprobación de tesis: 05 - 10 - 15

Resolución de sustentación: N° 116 - 2015 - D/FCS

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	7
SUMMARY	8
CAPITULO I	9
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1. Identificación del problema	9
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación	14
1.5. Importancia	16
CAPITULO II	18
II. MARCO TEORICO	18
2.1. Antecedentes Del Estudio	18
2.1.1. Antecedentes Internacionales	18
2.1.2. Antecedentes Nacionales	24
2.2. Bases Epistemológicas	29
2.3. Bases Culturales	36
2.4. Bases Científicas	36
2.4.1. Conocimiento	36
2.4.2. Diabetes Mellitus	38
2.4.3. Estilos de Vida en Pacientes Diabéticos tipo II	51
2.5. Definición de términos	63

	CAPITULO III	66
III.	VARIABLES E HIPOTESIS	66
3.1.	Variables de Investigación	66
3.2.	Operacionalización de Variables	67
3.3.	Hipótesis General e Hipótesis Específica	71
	CAPITULO IV	72
IV.	METODOLOGIA	72
4.1.	Tipo de Investigación	72
4.2.	Diseño de Investigación	72
4.3.	Población y Muestra	73
4.4.	Técnicas e Instrumentos	74
4.5.	Procedimiento de Recolección de Datos	76
4.6.	Procedimiento estadístico y análisis de datos	76
	CAPITULO V	78
V.	RESULTADOS	78
	CAPITULO VI	91
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADO	91
6.1.	Contrastación de Hipótesis con los Resultados	91
6.2.	Contrastación de Resultados con otros Estudios Similares	92
	CAPITULO VII	99
VII.	CONCLUSIONES	99
	CAPITULO VIII	100
VIII.	RECOMENDACIONES	100

	CAPITULO IX	101
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	101
X.	ANEXOS	107

CUADRO DE CONTENIDO

	Pág.
CUADRO 5.1	78
Correlación Rho de Spearman entre las variables Nivel de Conocimiento de Diabetes y el Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
CUADRO 5.2	79
Relación entre el Nivel de Conocimiento de Diabetes y el Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
CUADRO 5.3	81
Nivel de Conocimiento de Diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015.	
CUADRO 5.4	83
Dimensiones del Nivel de Conocimiento de Diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
CUADRO 5.5	85
Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015.	
CUADRO 5.6	87
Dimensiones del Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015	

CUADRO 5.7	89
Datos sociodemográficos de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
CUADRO 5.8	138
Correlación entre las dimensiones del Nivel de Conocimiento de Diabetes y el Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
	140
CUADRO 5.9	
Resultados por Indicadores del Nivel de Conocimiento de Diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015.	
CUADRO 5.10	142
Resultados por Indicadores del Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015.	

GRAFICOS DE CONTENIDO

	Pág.
GRAFICO 5.1	80
Relación entre el Nivel de Conocimiento de Diabetes y el Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
GRAFICO 5.2	82
Nivel de Conocimiento de Diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015.	
GRAFICO 5.3	84
Dimensiones del Nivel de Conocimiento de Diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM 2015.	
GRAFICO 5.4	86
Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015	
GRAFICO 5.5	88
Dimensiones del Estilo de Vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM 2015	

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad de la más frecuente que trae como consecuencia múltiples complicaciones debidas, en su gran mayoría, al desconocimiento sobre su autocuidado, mala información o poca importancia que los pacientes conceden a la enfermedad; Ante esta problemática esta investigación busco relacionar el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM - 2015.

El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y el diseño fue correlacional, la muestra corresponde a 126 pacientes, y el muestreo que se empleó fue no probabilístico por conveniencia de las investigadoras.

Los resultados de nuestro estudio evidencian que el 65.9% de los pacientes tienen un nivel de conocimiento medio sobre diabetes y el 54% de los pacientes diabéticos presentan estilos de vida saludables. Finalmente se halló el coeficiente de correlación Rho de Spearman, evidenciando una correlación positiva ($Rho=0.315$) la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.000$).

Se concluye que existe relación entre el nivel de conocimientos sobre diabetes y estilos de vida en pacientes diabéticos, de manera que a mayor nivel de conocimiento mayor práctica del estilo de vida saludable.

Palabras Claves: Diabetes Mellitus, Conocimiento, Estilos de Vida

SUMMARY

The Diabetes mellitus is a disease than most often results in multiple complications, mostly to ignorance about their own care, misinformation or little importance that patients attach to the disease; I seek to relate the level of awareness of diabetes and lifestyle in patients with diabetes type II of the Program of Diabetes of the HNMD - 2015.

The research study was quantitative, descriptive, and cross-sectional and the design was correlational, in which the sample was 126 patients, non-probabilistic for convenience of the researchers.

The results of our study show that 65.9% of patients have an average level of knowledge about diabetes and 54% of diabetic patients were developed healthy lifestyles. Finally the correlation coefficient Spearman Rho was found, showing a positive correlation ($\rho = 0.315$) which was statistically significant ($p = 0.000$).

We conclude that there is a relationship between the level of knowledge about diabetes and lifestyle in diabetic patients, so that a higher level of knowledge can improve the practice of healthy lifestyle.

Key Words: Diabetes Mellitus, Knowledge, Lifestyle.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

El término diabetes mellitus, engloba un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglicémicos con características fenotípicas diferentes y con múltiples factores etiopatogénicos (1). Es una enfermedad crónica que con o sin tratamiento es de curso progresivo, existe el control pero no la curación y dependiendo de la evolución y el grado de control que se consiga de la hiperglucemia así como la coexistencia de otros factores como la hipertensión o la dislipidemias se acelerara el deterioro del diabético agravándose su condición. (2)

A nivel Mundial la Federación Internacional de Diabetes FID indica en sus cálculos más recientes 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, proporcionan una indicación preocupante del impacto futuro de la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial. 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)

El FID determino que para el presente año habría aproximadamente 2.300 millones de personas adultas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. En estos últimos años la obesidad se ha convertido en un problema nutricional y en el factor que más contribuye a la morbi-mortalidad de la población, dado que es un factor determinante de riesgo para muchas enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles entre ellas la diabetes. (4)

En Latinoamérica existe alrededor de 15 millones de personas Diabetes Mellitus y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años; Casi la cuarta parte de latinoamericanos unos 130 millones de personas son obesos. La proliferación de dietas poco saludables y con exceso de calorías, el escaso ejercicio y los estilos de vida sedentarios, han provocado que Latinoamérica sea cada vez más obesa, un aumento que amenaza los cimientos de sus sistemas de salud. Para Latinoamérica estas cifras suponen un aumento poco deseable de consultas médicas, gasto en salud y de poblaciones con más riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la hipertensión, diabetes o padecimientos cardiovasculares. (5)

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2 es tardío, alrededor de un 30 a 50% de las personas diagnosticadas desconocieron su problema por meses o años y en zonas rurales esto ocurre casi en el 100% de los diagnosticados además diferentes estudios indicaron que junto al diagnóstico los pacientes ya presentan complicaciones como retinopatía, nefropatía y neuropatía. La mortalidad es fundamentalmente por problemas cardiovasculares. Durante el tiempo en que el paciente convive con la enfermedad un sin fin de complicaciones hacen su aparición afectándose, de esta forma conforme va haciéndose mayor el número de complicaciones la calidad de vida a la par que aumenta el deterioro personal, familiar, laboral u social, se incrementa a su vez el costo de la enfermedad en factores directos e indirectos. El mayor gasto de atención a la persona con diabetes se debe a las hospitalizaciones y este gasto se

duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macro vascular, y a su vez es cinco veces más alto cuando tiene ambas complicaciones. La mayoría de las causas de hospitalización del diabético se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones. (6)

A nivel nacional en el Perú la diabetes afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad. En el Perú, la retinopatía afecta al 23.1 por ciento de los diabéticos. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera entre adultos de 20 a 74 años. Actualmente la prevalencia de diabetes en el Perú esta se estima en 5,5 %, la cual se encuentra en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación. (7)

A nivel Local Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en su informe de Abril 2015 en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar se encontró que el mayor porcentaje de personas con diabetes a nivel Nacional se ubicó en Lima Metropolitana siendo 4,5% de la población Limeños los afectados por esta enfermedad asimismo de las personas que fueron diagnosticadas con diabetes, el 70,3% recibió o compró los medicamentos con receta médica, al menos una vez, para controlar la enfermedad. (8)

En la entrevista realizada por el Diario El Comercio al Dr. Hugo Arbañil, Jefe del Servicio de Endocrinología informo que el incremento de campañas sobre educación y diagnóstico temprano se deben al alarmante incremento de casos de Diabetes y a que el 70% de pacientes que sufren la amputación de sus miembros inferiores (pies o piernas) en el hospital son diabéticos. Asimismo, el 50% de diálisis en este hospital se realizan en personas con diabetes que no recibieron tratamiento a tiempo. (9)

De acuerdo a la entrevista realizada al Licenciado Rafael chucos Enfermero a cargo del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el 2014 se registraron un total de 1500 pacientes provenientes de los distritos de San Juan de Lurigancho, Ate, Cercado de Lima, La Victoria, El Agustino y San Luis. Según los datos registrados el 99.3 % tienen diabetes tipo 2 y solo el 0.7% tienen el diagnóstico de diabetes tipo 1; asimismo el 70% de los pacientes son Adultos mayores.

En el Programa el profesional de enfermería cumple diariamente una importante labor en la educación y promoción brindando los conocimientos para el cuidado del paciente como los estilos de vida para la prevención de complicaciones y cuenta con una amplia y frecuente asistencia de pacientes a los Talleres Educativos.

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria. Estos cuidados incluyen las medidas básicas aplicables en el cuidado de pacientes de todas las edades sin importar su diagnóstico médico. El desconocimiento de las prácticas del cuidado de sí mismo es la causa principal para que el paciente diabético demuestre una actitud negativa ante las complicaciones inherentes a la enfermedad. En el diabético el cambio de estilos de vida es muy importante porque ayuda a controlar la enfermedad, sin embargo muchas veces para las personas con este problema es muy difícil y se requiere de actitud positiva, fuerza de voluntad e interés por cuidarse. (10)

Los datos presentados de incidencia, prevalencia y mortalidad de la diabetes, ponen en alerta al personal de salud y a las personas que la padecen por lo que se debe reconocer la importancia de un buen control y la promoción del cuidado; la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, aplicada por la enfermera, utiliza el sistema educativo para obtener el autocuidado, lograr fortalecer su independencia, optimizar sus habilidades

y participar en la toma de decisiones de modo continuo, controlado, eficaz y útil para el mantenimiento de la salud.(11)

Ya que la diabetes la controlan principalmente las personas con la afección. A fin de conseguirlo, necesitan adquirir y desarrollar una amplia base de conocimientos y destrezas, además de adoptar diariamente una serie de decisiones relativas al estilo de vida que faciliten y mejoren el autocuidado. (12)

1.2. Formulación del problema

¿CUÁL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2015?

1.3. Objetivos de investigación

Objetivo General:

Relacionar el nivel conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.

Objetivo Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de diabetes de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.
- Determinar el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes del Programa de Diabetes del HNDM.

1.4. Justificación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa además de ser una de las principales causas de morbimortalidad en el Perú, gran parte de nuestra población se encuentra asintomática, debido a que no se realiza un diagnóstico temprano de la enfermedad; esta es responsable de sufrimiento físico, años perdidos de vida, ausentismo laboral, incapacidad y limitaciones vitales. Por tal motivo se realiza este trabajo de investigación para determinar la relación del nivel de conocimiento de diabetes y los estilos de vida en los pacientes con Diabetes tipo II del Programa de diabetes del HNDM con el fin de dar a conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre su enfermedad y cuál es el estilo de vida que mantienen de esta manera podremos determinar las áreas de dominio o las áreas que se deberán mejorar con el fin de disminuir las complicaciones tardías de esta enfermedad debidas en su gran mayoría, al desconocimiento, mala información o poca importancia que los pacientes conceden a la enfermedad y sus cuidados. De ahí que el personal de enfermería juega un papel importante en la educación de estos pacientes y familia, brindando educación sobre la enfermedad y sus cuidados, corrigiendo y/o reforzando los conocimientos, a través de la elaboración de estrategias y/o planes o programas de educación al paciente a fin de contribuir a prevenir las complicaciones y favorecer la adopción de conductas saludables y mejorando la calidad de vida de los pacientes diabéticos disminuyendo de esta manera el costo de la enfermedad .

Consideramos que la presente investigación brinda un importante aporte a las siguientes áreas:

A nivel teórico brindar mayor información que permita el mayor entendimiento con respecto a las áreas de conocimiento involucradas y su relación con los estilos de vida brindando sustento a las diversas teorías que abarcan este estudio asimismo para futuros estudios concernientes.

En nuestra investigación hemos considerado la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, donde el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo y nos enfocamos en el sistema de enfermería de apoyo educativo donde el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender las medidas de autocuidado terapéutico las que permitan modificar sus estilos de vida para mantener su salud y disminuir la prevalencia de las complicaciones en la diabetes, también consideramos el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender que se basa en la educación de las personas, sobre su autocuidado y estilos de vida saludable. Esta teoría es de importancia ya que sirve de base en la identificación en el individuo de los factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas saludables, cuando existe una pauta para la acción como es la educación en los pacientes diabéticos.

Los profesionales de enfermería deben cumplir con sus funciones de prevención, promoción y control en el proceso de salud – enfermedad, ayudando así a que las personas con diabetes puedan mantener controlada su enfermedad. En la práctica profesional brinda un importante aporte ya que podemos observar las principales dimensiones donde los enfermeros debemos realizar mayor enfoque y autoevaluación con respecto a las medidas y estrategias con las que intervenimos a nuestros pacientes que tiene por objetivo mejorar tanto el nivel de conocimiento como los estilos de vida para que el usuario diagnosticado con diabetes mellitus sea capaz de participar activamente en su autocuidado. Gracias a ello los pacientes adquieren un mayor conocimiento para prevenir las complicaciones diabéticas, su autocuidado, estilos de vida saludable, calidad de vida, contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad de la diabetes.

En cuanto a su aporte social esta investigación permitirá dar a conocer a la población del estudio y a la comunidad en general los resultados obtenidos y su importancia en la enfermedad, de esta manera se concientizará, reforzará y mejorará los conocimientos y prácticas sobre su cuidado a los pacientes, con el fin de prevenir complicaciones posteriores de la diabetes mellitus que pueden llegar a limitar sus actividades de la vida diaria disminuir la calidad de vida y aumentar los gastos que alterarían su economía.

1.5. Importancia

El presente trabajo de investigación es importante y de considerable relevancia ya que conlleva la necesaria intervención de todos los gestores de salud en el problema dado el aumento de las cifras de prevalencia durante los últimos años, las estrategias dirigidas a la atención de la enfermedad además de reportarse frecuentemente el diagnóstico junto con las complicaciones agudas y crónicas, además de encontrarse registrado un gran porcentaje de pacientes que son diagnosticados pero no cuentan con tratamiento así como el costo de la enfermedad conforme pasen los años. Son pocos los estudios a nivel nacional que expliquen el problema de la relación entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida pero si existen muchas teorías que nos explican el efecto de la educación o intervención educativa y su relación en la recuperación de la salud de los pacientes y sobre su autocuidado. Es por ello que consideramos de importancia realizar el presente estudio en la población de pacientes con Diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM así de esta manera podremos proporcionar información actualizada, válida y significativa sobre la relación entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida en el paciente con diabetes tipo II. Estos resultados van a permitir fortalecer las acciones preventivas para conseguir un mayor nivel en el conocimiento sobre su enfermedad y mejorar los estilos de vida, garantizando un mejor

control de la enfermedad y la prevención de complicaciones en el paciente con diabetes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedente de estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

ALVAREZ PALOMEQUE, CHRISTIAN Y OTROS (2014), **“Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar Centro, Tabasco.”** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, estilo de vida y su relación con el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF. Se realizó un estudio de tipo observacional transversal y analítico en una muestra de 200 pacientes con diabetes. Para tal fin se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y estilo de vida en el paciente. Se empleó estadística descriptiva y analítica. Para relacionar las variables de interés, se utilizó la χ^2 de Pearson. Se empleó el programa SPSS versión 15.0. Las conclusiones del presente estudio fueron:

Los pacientes que tienen un nivel de conocimiento insuficiente y presentan estilos de vida no saludables, tuvieron un inadecuado control metabólico. Es de vital importancia que el personal de salud brinde una educación efectiva y recalcar la necesidad de aplicar en su vida diaria un estilo de vida saludable. (13)

AUCAY MOROCHO, OLGA Y OTROS (2013), **“Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asiste al Club de Diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca- Ecuador”**

UNIVERSIDAD DE CUENCA - ECUADOR. Cuyo objetivo fue determinar el autocuidado en personas con DMT2 que asisten al Club de Diabéticos del Centro de Salud N0 1 Pumapungo - Cuenca 2013. Pregunta central: ¿Cuál es el autocuidado en las personas con DMT2? Método y materiales: Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo que permitió determinar el autocuidado en personas con DMT2, que asisten al Club de Diabéticos. Se trabajó con todo el universo de personas. Las técnicas de investigación utilizadas fueron: la observación directa y la aplicación de una encuesta. Los datos fueron recolectados a través de un formulario, aplicado por las investigadoras, los mismos que fueron procesados y analizados en SPSS, Microsoft Word, Microsoft Excel y presentados en tablas. Resultados: Se estudió una población total de 57 personas con DMT2, que asisten al Club de Diabéticos, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino con un de 61% y entre las edades de 45 -65 años o más, del total el 37% son casados, el 32% viudos. El 94.7% de las personas toman o se administran medicación para controlar la enfermedad y el 5.3% la controlan con dieta equilibrada y ejercicio adecuado. Se evidenció que el 82.5% realizan actividad física, el 100% acude al control médico periódico. El 52.6% se alimentan entre 4 a 6 veces al día. Conclusiones: Los resultados encontrados en este estudio demuestran que las 57 personas encuestadas, realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad. (14)

GIMENEZ MONLEON, Marta (2013) **Nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. Eficacia de una estrategia educativa.** UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA, Valencia – España. Tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimientos de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio es cuantitativo,

descriptivo, de corte trasnsversal, la muestra fue no probabilística por conveniencia quedando un total de 100 pacientes que asistieron a consulta al Centro de Salud Revolución Xalapa, Veracruz en el periodo de mayo – junio del 2011; El instrumento utilizado se divide en dos partes, la primera contiene datos de identificación y algunos factores condicionantes básicos (edad, sexo, ocupación, estado de salud) y la segunda parte fue una adaptación para el estudio el "Instrumento para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca de la DM 2" con 20 items y el Alpha de Cronbach de 0.7. Los resultados obtenidos demuestran que sobre el nivel de conocimiento de autocuidado en pacientes con DM2, el 22% presenta conocimiento no satisfactorio, 54% conocimiento regular y el 24% conocimiento satisfactorio, considerando que la mayoría de los pacientes estudiados registró conocimiento regular de autocuidado de la DM2. En conclusión los pacientes no tienen conocimientos suficientes para realizar su propio autocuidado poniendo en riesgo su salud. (15)

RAMIREZ ORDÓÑEZ María Y OTROS. (2011) "Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2". Cucuta - Colombia. Cuyo objetivo principal fue determinar el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para la recolección de la información se utilizó el 1 cuestionario IMEVID. La población está conformada por 60 pacientes inscritos al programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud (IPS) de I nivel; como muestra se tuvo en cuenta 30 pacientes que asistieron sin falta al control de la diabetes a los cuales se les aplicó el instrumento. Las variables utilizadas son nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencia terapéutica y estilos de vida. Se concluye que con relación a la edad de los pacientes encuestados se obtiene que estos se encuentran entre dos

etapas muy importantes del ciclo vital humano, adultez media y adultez tardía; el 80% de los pacientes encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludables, ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad. (16)

HERNANDEZ GOMEZ DE DUBON, Dora (2011). **“Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital nacional de Amatitlán”** UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. Cuyo objetivo fue Identificar los conocimientos de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán. La investigación fue desarrollada, contándose con la participación de 96 pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán. Previo a realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo un estudio piloto en el Hospital Nacional de Escuintla. Para realizar estudio piloto y trabajo de campo se solicitó con antelación la autorización de las autoridades respectivas. Los hallazgos de la investigación evidencian que existe un 96% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años que no poseen los conocimientos necesarios de autocuidado de la diabetes mellitus reflejando que una gran población diabética está expuesta a sufrir complicaciones agudas o crónicas inherentes a la enfermedad debido al desconocimiento de la misma. Dentro de las actitudes sobre autocuidado se establece que existe un 83% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años que presentan una actitud no favorable ante la enfermedad. Por lo que la actitud positiva del paciente diabético es muy importante e indispensable porque facilita la adopción de prácticas saludables y el cumplimiento del tratamiento prescrito. En relación a las prácticas de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años refleja que un 92% de pacientes

diabéticos de 40 a 60 años demuestran la deficiencia de prácticas de autocuidado que la enfermedad requiere para contribuir a mantener una mejor calidad de vida, a través de un estilo de vida saludable.(17)

AMORES HERNANDEZ, Virginia (2011). **“Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2”** Universidad Autónoma de Querétaro Repositorio Institucional. Veracruz-México. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la muestra fue no probabilística por conveniencia quedando un total de 100 pacientes que asistieron a consulta al Centro de Salud Revolución de Xalapa, Veracruz, en el periodo de mayo-junio del 2011, el instrumento utilizado se divide en dos partes, la primera contiene datos de identificación, y algunos factores condicionantes básicos (edad, sexo, género, ocupación, estado de salud) y la segunda parte fue una adaptación para el estudio al "Instrumento para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca de la DM2", con 20 ítems y el Alpha de Cronbach de 0.7. Los resultados arrojados demuestran que sobre el nivel de conocimiento de autocuidado en pacientes con DM2, el 22% presentan conocimiento no satisfactorio, 54% conocimiento regular y 24% conocimiento satisfactorio, considerando que la mayoría de los pacientes estudiados registró conocimiento regular de autocuidado de la DM2. En conclusión, los pacientes no tienen conocimientos suficientes para realizar su propio autocuidado poniendo en riesgo su salud. (18)

CASANOVA MORENO María Y OTROS (2010). **“Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2”** Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río – CUBA, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en los adultos mayores con diabetes tipo 2 durante el año 2010, en el área de salud Hermanos Cruz de la provincia de Pinar

del Río. Fue una investigación epidemiológica, descriptiva y transversal, con el que se incluyeron 91 pacientes diabéticos tipo 2 que recibieron el servicio de atención integral al diabético de ambos sexos y en las edades de 60 y más años (n=91). Para determinar el nivel de conocimientos se aplicó una encuesta diseñada por los especialistas del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud de la provincia; con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos utilizando el programa EpiInfo 2002. Se hizo uso de la estadística descriptiva, los datos para su análisis fueron reflejados en cuadros de distribución de frecuencias y gráficos. Predominó el sexo femenino, la enfermedad crónica no transmisible que más se asoció fue la hipertensión arterial. El nivel de conocimientos fue insuficiente en todos los grupos según el tiempo de evolución de la enfermedad, lo mismo sucedió con los pacientes con complicaciones crónicas. Los diabéticos adultos mayores necesitan fortalecer la educación diabetológica para mejorar los conocimientos sobre la enfermedad y tener una mejor calidad de vida. (19)

GACK GHELMAN L, y otros (2009) **Conocimiento de las prácticas de autocuidado de los pies de los individuos de con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud**” Universidad de Murcia – BRASIL. Cuyo objetivo fue identificar el perfil de los pacientes portadores de Diabetes atendidos en una unidad básica de salud y evaluar el grado del conocimiento de la clientela portadora de Diabetes sobre las prácticas del autocuidado de los pies, para la prevención de complicaciones. El estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, fue realizado con 197 pacientes atendidos en la consulta de enfermería en una Unidad Básica de Salud. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes investigados eran del sexo femenino, tenían más de 40 años, presentaban Hipertensión Arterial y tenían un tiempo medio de diagnóstico de Diabetes de 8 años. Los pacientes presentaban glicemia

elevada, problemas en los pies, como callos, y fisuras, referían tener conocimiento sobre prácticas de autocuidado. Se concluye que el conocimiento de las características presentadas por los portadores de Diabetes atendidos en los servicios básicos de salud, es de gran importancia para subvencionar las acciones de los enfermeros dirigidas al manejo y control de esta enfermedad en la población. (20)

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

ALEGRÍA GUZMÁN, Greisy (2014) "Características Sociodemográficas – Clínicas Y Estilo De Vida En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II, Del C.S. San Juan, Iquitos– 2014" Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud "San Juan", de la ciudad de Iquitos durante el año 2014. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los resultados obtenidos fueron: 52,8% se encuentran en etapa de adultos intermedios, 57,8% son de sexo femenino, 55,0% son convivientes, 68,3% proceden de zona urbana, 55,6% manifestaron tener grado de instrucción secundaria y 26,7% manifestaron tener negocio propio; 33,3% presentan la enfermedad de Diabetes Mellitus Tipo II entre 1 a 5 años, 60,5% tienen sobrepeso, 64,4% asistieron a consulta entre 1 a 4 veces al año, 88,3% presentaron hiperglucemia y el 87,2 % presentaron Inadecuado estilo de vida. Para establecer la relación de las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida en diabéticos atendidos en el C.S. San Juan, se sometieron estos resultados a la prueba estadística de Chi cuadrada (χ^2), con un $\alpha = 0.05$ que determinó que existe relación estadísticamente significativa entre las variables: ocupación y estilo de vida, donde $\chi^2_c = 9.797$; el índice de masa corporal y estilo de vida, donde $\chi^2_c = 25.559$, glucemia y estilo de vida, donde $\chi^2_c = 19.300$. No existe relación

estadísticamente significativa entre las variables: edad y estilo de vida, donde $X^2_c = 5.044$, sexo y estilo de vida, donde: $X^2_c = 2.814$, estado civil y estilo de vida, donde $X^2_c = 4.299$, procedencia y estilo de vida, donde $X^2_c = 1.465$, grado de instrucción y estilo de vida, donde $X^2_c = 1.016$, tiempo de la enfermedad y estilo de vida, donde $X^2_c = 7.155$, consultas médicas al año y estilo de vida, donde $X^2_c = 3.567$. (21)

ALAYO AGREDA, Isaura Y HORNA H. Janet. (2013) **“Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013.”** Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora - Essalud, Trujillo 2013. Fue de tipo descriptivo - correlacional, se realizó durante los meses de Marzo – Agosto del 2013 en el Hospital I Florencia de Mora Essalud Trujillo en el Programa de Diabetes, Participaron 84 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicaron 2 instrumentos: El primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo. Consecuentemente para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 11.824$, con nivel de significancia $p = 0.001$) la cual es menor al 0.05 nivel estándar. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora - Essalud, Trujillo 2013. Palabras claves: Nivel de Conocimiento y práctica de Autocuidado. (22)

MELGAREJO CHACON Nidia. (2013) **“Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, 2012 Lima-Perú”**. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima. Cuyo objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes con Diabetes tipo 2. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos. Se entrevistaron a 333 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que se atienden en el Servicio de Endocrinología y que acuden para control y tratamiento ambulatorio en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Resultados: El 59% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 41% fueron del sexo femenino. El 50% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria. La media de la edad en los pacientes del sexo masculino fue de 61.8+/- 8.9 años, y para el sexo femenino fue de 53.8+/-7.7 años. El alfa de Crombach del instrumento fue 0.721 Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes tipo 2 fue intermedio. El nivel de información que tienen los pacientes con Diagnostico de Diabetes Tipo 2, respecto a las causas de su enfermedad, y en torno a las medidas preventivo promocionales fue intermedio. El nivel de información de los pacientes con Diabetes Tipo 2 acerca de las complicaciones Agudas y Crónicas a las que conlleva su enfermedad fue inadecuado. (23)

ALVARO CABEZA Dailu Y OTROS (2012). Realizo un estudio titulado **“Factores socioculturales relacionados con el conocimiento de autocuidado del paciente diabético, programa del adulto mayor Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao”**. Universidad Nacional del Callao. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores socioculturales y el conocimiento de autocuidado del paciente diabético, programa de adulto mayor. La metodología fue de tipo

cuantitativa, aplicada, transversal y descriptivo correlacional, realizado en 52 usuarios del Programa de Control de la Diabetes Mellitus del HNDAC callao. Los datos se recogieron a través de un cuestionario aplicado durante la entrevista. La selección de los pacientes fue en forma aleatoria, que reunieran los criterios de selección y firmaran el consentimiento informado. En cuanto al conocimiento de autocuidado de estos pacientes fue de nivel medio (55.8%) con tendencia a lo bajo (32.7%). Así mismo se encontró que no existe una relación significativa ($p > 0.05$) entre los actores socioculturales y el conocimiento de autocuidado.

Las conclusiones del presente estudio fueron: Respecto a los factores socioculturales se encontró mayor porcentaje dentro de los encuestados en los factores sociales casados, en situación laboral de desempleo, un ingreso económico menos de S/ 650.00 nuevos soles familia tipo nuclear, apoyo de los hijos, recibieron un apoyo integral, fuente de información por el médico y en los factores culturales grado de instrucción secundaria, procedencia de la costa, creencias en significado de diabetes como consecuencia de estilos de vida inadecuada y presentaron un nivel de conocimiento medio acerca de su enfermedad (24).

CORBACHO ARMAS Kellyn Y OTROS (2009). **“Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus que asisten Programa de Control de la Diabetes Mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.”** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. cuyo objetivo fue identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, que pertenece al Programa de Control de la Diabetes Mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El método de estudio fue de tipo cuantitativa, con un enfoque descriptivo de corte correlacional, realizado en 174 pacientes del Programa de Control de la Diabetes Mellitus del

Hospital Arzobispo Loayza, Lima. Los datos se recogieron a través de un cuestionario aplicado durante la entrevista, de enero hasta abril de 2008. La selección de los pacientes fue en forma aleatoria, que reunieran los criterios de selección y firmaran el consentimiento informado. Los resultados se procesaron el programa EXCEL XP, paquete estadístico SPSS. Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en tres categorías: conocimiento bueno, conocimiento regular y conocimiento malo, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estaninos. Para evaluar los estilos de vida, se agrupó en dos categorías: estilo de vida positivo y estilo de vida negativo, usando como punto de corte el valor del promedio de los puntajes (46,6). Resultados: 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, correlación r de Spearman = 0,20 ($p = 0,027$). Las conclusiones del presente estudio fueron:

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 conocimiento mejor estilo de vida (25).

NODA MILLA, Julio Y OTROS. (2008). **“Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales.”** Universidad Nacional Cayetano Heredia Lima. Cuyo objetivo fue medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Material y métodos: Se realizaron entrevistas individuales que fueron grabadas y transcritas; y posteriormente interpretadas y calificadas. Se recogieron de las historias clínicas datos demográficos, complicaciones y tratamiento para contrastarlas con las respuestas dadas. Se incluyeron 31 pacientes.

Resultados: La edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos. (26)

2.2. Bases Epistemológicas

2.2.1. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem:

En esta teoría se explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los

distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

• Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción. Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro

en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

- Teoría de los sistemas de Enfermería

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas.
- Sistemas de Enfermería totalmente compensadores: Son necesarios cuando "la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de auto cuidado que requieren movimientos de deambulación y de manipulación".
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

En los sistemas de enfermería la enfermera pasa a ser agente de autocuidado. La agencia de autocuidados es la combinación de conocimientos, habilidades, destrezas y motivaciones adquiridas a través de la formación y la experiencia que la posibilitan para poder proporcionar cuidados de enfermería.

En definitiva, lo que Orem quiso establecer en su teoría como objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (27)

2.2.2. Modelo De Promoción De La Salud: Nola Pender

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.

Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de

forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la *Acción Razonada*: originalmente basada en Ajzen y Fishben , explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la *Acción Planteada*: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la *Teoría Social-Cognitiva*, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "*los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento*". Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Pender agrega que si un individuo tiene una alta percepción de su capacidad, seguro realizará dicha conducta, volviéndose repetitiva y adquiriendo cada día más seguridad y satisfacción por su desempeño.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas

adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La autoeficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la autoeficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para

la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- El resultado conductual esperado a partir del Modelo de Promoción de la Salud, está determinado por el compromiso hacia un plan de acción, el cual puede desviarse por las demandas y preferencias contrarias inmediatas en cada persona, que actúan como barreras para la acción, entendidas éstas como bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

El compromiso hacia una acción es similar a la intención que tiene cada individuo, es importante para predecir diversas conductas en salud y para formular estrategias específicas diseñadas para el accionar de una persona.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo de promoción de la salud sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento. Integra los hallazgos de investigaciones de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

Es importante mencionar la relación que existe entre el modelo propuesto por Pender y los estilos de vida saludables, en cuanto a la toma de decisiones para modificar las conductas de riesgo para la adopción de estilos de vida saludables. Pender planteó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, para lo cual la cultura es tenida en cuenta en razón a la forma que influye en la toma de decisiones de las personas. En lo que a la toma de decisiones y estilos de vida saludables se refiere, se encontró que está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones, los cuales se constituyen, los dos primeros como factores internos y el tercero como factor externo a la persona; la cultura en la que las personas y/o los colectivos se desenvuelven cobra importancia en el momento de tomar decisiones para modificar las conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. (28)

2.3. Bases Culturales

La población continua poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, hacen frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud, enfermedad, medicina natural, etc. en el presente trabajo se observa el nivel de conocimiento empírico que adquiere el paciente del programa fuera del hospital en su misma comunidad y corrigiendo o reforzando esta información en los talleres de educación que realiza el programa de diabetes del HNDM.

2.4. Base científica

2.4.1. Conocimiento

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así, a partir de un ente, hecho

o fenómeno aislado, se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado y función, su naturaleza aparente y profunda, su origen, su finalidad, su subordinación a otros entes, en fin, su estructura fundamental.

Esta complejidad de lo real, objeto del conocimiento, dictará necesariamente formas diferentes de apropiación por parte del sujeto cognoscente; estas formas darán los diversos niveles del conocimiento según el grado de penetración de éste y la consiguiente posesión de la realidad en el área o estructura considerada. Al ocuparse del hombre, por ejemplo, puede considerársele en su aspecto externo y aparente, según el dictamen del buen sentido o la experiencia diaria. Se le puede estudiar con espíritu más serio, investigando experimentalmente las relaciones (existentes) entre ciertos órganos y sus funciones. (29)

- El Conocimiento Empírico

Es el conocimiento ametódico y asistemático, adquirido en la práctica cotidiana por lo tanto no explica el cómo y el porqué de los fenómenos pero tiene cierto grado de eficacia, por eso, las actividades económicas y otras más son realizadas bajo las pautas de este tipo de saber.

Es inherente a todas las personas, unas debido a sus condiciones de marginación socio económica mueren con él, otras, previos estudios escolarizados lo toman como base para adquirir conocimientos científicos y filosóficos. Es decir es un conocimiento lógico con limitaciones sin embargo a través de él se explican las propiedades conexiones y relaciones internas de los fenómenos pero superficialmente; conoce los hechos y su orden aparente explica el ser de las cosas de los hombre, todo ello logrado por medio de experiencias cumplidas alzar, sin métodos ni técnicas mediante indagaciones personales realizadas al calor de las circunstancias de la vida o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad (30)

2.4.2. Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (31)

- Etiopatogenia

La DM Tipo 2 (Diabetes Mellitus) es un trastorno metabólico poligénico y multifactorial en el que se dan dos hechos fundamentales; por una parte, la resistencia de tejidos como el músculo, hígado y tejido adiposo a la acción de la insulina y por otra, una disfunción que también puede ser progresiva de las células beta pancreáticas (DC-Beta) que desde el punto de vista metabólico puede evolucionar como prediabetes (glucemia en ayunas alterada, intolerancia a la glucosa) o diabetes franca, situación que se hará dependiente de insulina cuando el fracaso de las células beta sea completo.

La interacción de distintos factores tanto en la vida fetal como en la infancia puede favorecer el desarrollo de resistencia insulínica y de diabetes tipo II, entre estos factores destacan:

- Factores genéticos: se han descrito alteraciones mono génicas.
- Factores familiares: la prevalencia de diabetes es mayor en aquellos sujetos con antecedentes familiares y más aún si ambos padres son diabéticos.
- Factores ambientales fetales: la baja nutrición intrauterina puede provocar adaptaciones en el desarrollo de distintos tejidos y predisponer a los individuos a alteraciones metabólicas en la vida adulta, Es lo que se conoce como hipótesis del fenotipo ahorrador. Cuando este sistema se expone en la vida adulta a una situación contraria a la anterior (exceso

de ingesta de grasas, sedentarismo, tabaco, etc.) se desarrolla resistencia a la insulina con mayor probabilidad de presentar eventos cardiovasculares. (32)

- Retraso en el crecimiento intrauterino.
- Disminución o falta de actividad física en niños y adolescentes.
- Diabetes gestacional materna.

- Clasificación de la Diabetes

Todos los tipos de diabetes implican alguna interacción entre la glucosa sanguínea (azúcar) y la insulina, la hormona que permite al cuerpo utilizar la glucosa, pero existen ciertas diferencias entre ellos:

- Diabetes de tipo I

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulín dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

- Diabetes Tipo II

Es el tipo más frecuente, el 90 al 95 % de las personas con DM. Patogénicamente se caracteriza por la presencia de resistencia a la acción periférica de la insulina, secreción de insulina defectuosa o ambas.

En el momento del diagnóstico suele haber una mezcla de ambas alteraciones y etiológicamente, lo característico es la multifactorialidad con ausencia de destrucción autoinmune de las células beta.

La obesidad abdominal está presente en más de un 85% de los diabéticos tipo 2, siendo estos precisamente los que entroncan habitualmente con el diagnóstico de síndrome metabólico y por tanto con la resistencia a la insulina como elemento fundamental en su patogenia.

Estos componentes tienen una genética importante, pero sin el concurso de factores de medio ambiente, sobre todo, del sedentarismo, no se ponen en marcha los mecanismos que provocan la aparición clínica del cuadro. Tanto así que aunque cada vez menos por el estilo de medicina preventiva que va imperando, se calcula que casi un 50% de estos paciente están sin diagnóstico de DM tipo 2, si bien en estos casos debe existir un factor precipitante que incremente la demanda de acción insulínica, lo que ocurre en infecciones, intervenciones quirúrgicas o situaciones muy estresantes entre otros,

Mientras el páncreas mantiene una secreción de insulina suficiente para vencer la resistencia insulínica el diabético tipo 2 se mantiene en situación funcional de no insulino-dependencia, el páncreas vaya claudicando y la secreción de insulina sea insuficiente para controlar la glucemia, momento en el que el diabético tipo 2 cambia su situación funcional a diabético insulino-dependiente, debiendo en cualquier caso contemplar el médico que la insulinización debe hacerse más bien antes que después.

Aunque su diagnóstico se realiza normalmente en la edad adulta (más de 40 años), cada vez la edad de diagnóstico es menor estando diagnosticándose ya en adolescentes y más raramente en niños con obesidades abdominales importantes y / o gran resistencia a la insulina. En esta DM, la carga genética es importante como lo es en las mujeres haber tenido una diabetes gestacional previa.

- Diabetes mellitus gestacional

Este tercer grupo en la clasificación de la diabetes está definido por la aparición de intolerancia a la glucosa e hiperglucemia de gravedad variable que específicamente no debe ser conocida antes del embarazo y debe manifestarse y ser diagnosticada durante el mismo.

Esto no excluye que la paciente ya tuviese la intolerancia antes del embarazo pero en cualquier caso no había sido diagnóstica.

El perfil de mujer con riesgo de DM gestacional es: mujer añosa, historia previa de intolerancia a la glucosa, feto y niños con macrosomas previos, obesidad central, glucemia anormal en ayunas o pertenencia a determinados grupos étnicos como hispano americanos, afroamericanos asiático-americanos, indios Pima o nativos de las islas del pacífico.

La DM gestacional por si misma constituye un factor de riesgo para desarrollar posteriormente la DM tipo 2. (33)

- Clínica de la Diabetes Tipo 2

La resistencia a la insulina, factor fundamental en el desarrollo de la DM 2, se asocia a otros factores, en especial, la obesidad. Así el 80-90% de los pacientes con DM2 son obesos. Es precisamente el aumento imparable de la obesidad en casi todas las poblaciones humanas, la causa de que en la actualidad se superen los 150x10 a la sexta de individuos afectados de esta enfermedad y que se presuma un aumento del doble hacia el año 2025. En este contexto es importante destacar que en los últimos años, la DM2 ha pasado a considerarse una enfermedad casi exclusiva de los adultos a ser una entidad que también aparece durante la infancia y adolescencia.

Cabe mencionar que la mayor parte de los casos de DM2 se producen en el contexto del llamado síndrome metabólico (SM). El SM es una entidad clínica controvertida que aparece, con amplias variaciones

fenotípicas, en personas con una predisposición endógena, determinada genéticamente y condicionada por factores ambientales. Se caracteriza por la presencia de insulino-resistencia e hiperinsulinismo compensador asociados a trastornos del metabolismo hidrocarbonado, cifras elevadas de presión arterial, alteraciones lipídicas (hipertrigliceridemia, descenso del cHDL, presencia de LDL tipo B, aumento de los ácidos grasos libres y lipemia postprandial) y obesidad, con incremento de morbimortalidad de origen arteriosclerótico.

La clínica cardinal de la DM2 (debilidad, poliuria, polidipsia, etc.) se presenta frecuentemente de forma insidiosa a lo largo de semanas o meses. Incluso es frecuente el hallazgo casual de hiperglucemia en pacientes asintomáticos. Este es en realidad el gran problema de la DM2, ya que se diagnostica con varios años de retraso. De hecho se considera que en el momento del diagnóstico, la función pancreática es aproximadamente del 50%, disminución que se inicia probablemente 10-12 años antes del diagnóstico. Debido a esta demora en el momento del diagnóstico, hasta en un 20% de los casos presentan alguna complicación crónica y aproximadamente, un 50% de las personas con DM2 no han sido todavía diagnosticadas. Este hecho realza la importancia de instaurar políticas de diagnóstico precoz en población de alto riesgo.

Los signos y síntomas más comunes de la diabetes son sed excesiva y micción frecuente. Dependiendo del tipo de diabetes, la persona también podría sentir hambre constante y presentar cambios en el peso, síntomas similares a los de la gripe, visión borrosa, hormigueo en manos y pies e infecciones recurrentes.

- Exámenes Diagnósticos:

Por tres vías diferentes llegamos al diagnóstico de la diabetes:

- Glucosa Plasmática en ayunas. Si la glucemia plasmática en ayunas es $\geq 126\text{mg/dl}$ (7mmol/l) es diagnóstico de DM. No obstante en ausencia de hiperglucemia inequívoca, es recomendable repetir la prueba otro día.
- Los síntomas de DM (poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y/o pérdida de peso) y una glucemia plasmática en cualquier momento del día y sin relación con ayuno o ingesta previa $\geq 200\text{ mg/dl}$ (11.1 mmol/l) son suficientes para el diagnóstico de DM.
- Glucemia Plasmática a las 2 horas de TSOG con 75g de glucosa $\geq 200\text{mg/dl}$ (11.1 mmol/l). Este diagnóstico debería ser confirmado y considerado provisional mientras tanto. Para la confirmación no debe usarse la HbA1c.

Los pacientes que se diagnostican de glucemia anormal en ayunas o intolerancia a la glucosa reciben antaño el nombre de pre diabéticos. El concepto de "prediabetes" vuelve de nuevo al argot médico para significar una situación clínica que puede evolucionar a DM, pero que también a través de medidas higiénicas y su fuera necesario fármacos sensibilizantes de la insulina, puede retroceder hacia la normalidad metabólica, Sin embargo lo más importante es que en la actualidad sabemos que la mayor parte de estos pacientes entroncan con el síndrome metabólico y por tanto en la etapa previa a la DM ya existirá un riesgo cardiovascular mayor o menor según que otras alteraciones del síndrome existan. (34)

- Cuidados del Paciente Diabético:

En la atención de la diabetes, el objetivo principal es mejorar los resultados en salud y asegurar el máximo bienestar posible de las personas que viven con esa condición. Con este fin, es importante que la relación con el paciente vaya más allá del suministro de instrucciones a partir de los resultados de laboratorio. Para ofrecer un apoyo eficaz, es necesario considerar los problemas psicológicos y sociales del paciente y abrir un espacio dedicado a su educación.

El modelo integral de atención debe incorporar como punto total el manejo preventivo, privilegiándolo respecto del curativo. Para ello, resulta indispensable involucrar al propio paciente y a sus familiares en su auto-cuidado y auto-monitoreo. Un esquema de tratamiento basado en el modelo integral considera al paciente como el centro en torno al cual gira el conjunto de profesionales de la salud que lo atienden, cuyo compromiso debe ser no sólo el de atender la condición del paciente sino el de proporcionarle las herramientas necesarias que le permitan tener un control metabólico adecuado y evitar las complicaciones tardías de la diabetes.

En virtud de lo anterior, una intervención integral debe considerar el conjunto de elementos que participan en el tratamiento, como lo son el plan de alimentación, la promoción de estilos de vida saludables, el programa de actividad física, el auto-monitoreo de bio-indicadores, el involucramiento familiar y, de manera especial, el acompañamiento permanente al paciente para resolver dudas, dar consejería, apoyar y fomentar el apego a su terapéutica.

El tratamiento de los pacientes con DM consiste en : educación sobre las pautas de estilo de vida saludable, evaluación de la posibilidad de complicaciones micro y macrovasculares, normalización de la glucemia, reducción de los factores de riesgo cardiovasculares y omisión de fármacos que pueden agravar las anomalías del metabolismo insulínico y lipídico. La DM2 presenta en su historia natural una serie de transformaciones en su fisiopatología, por lo que se resulta imprescindible que adaptemos el tratamiento a su curso evolutivo,

- Educación Diabetológica:

Los pacientes con DM deben recibir educación Diabetológica a partir del momento del diagnóstico de su enfermedad y este apoyo educacional debe ser parte integral del programa de tratamiento de su DM. Los cambios en el comportamiento llevados a cabo por el paciente son la

clave del éxito de la educación Diabetológica y deben medirse y controlarse como parte del cuidado médico. La educación Diabetológica debe incluir temas psicosociales, porque sentirse bien se asocia fuertemente con resultados positivos de la diabetes.

La evaluación psicosocial y el seguimiento deben incluir conocimientos sobre la enfermedad expectativas sobre el manejo médico y los resultados, estado de humor, calidad de vida general u asociada a diabetes. Recursos (económicos, sociales u emocionales) e historia psiquiátrica. Hay que indagar sobre problemas psicosociales como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y alteraciones cognitivas cuando la adherencia al tratamiento médico no es apropiada. El asesoramiento de las situaciones psicológicas y sociales debe incluirse en el manejo médico de la diabetes.

- **Terapia Nutricional y Actividad Física:**

Es muy importante en el tratamiento de la diabetes que pautemos unas recomendaciones dietéticas y de actividad física adecuada con la intención de: combatir el sobrepeso; mantener un estado nutricional adecuado, contribuir a normalizar el control metabólico, contribuir a mejorar el curso de las complicaciones metadiabéticas e interrumpir la progresión de la historia natural de la enfermedad. Estas recomendaciones deben ser personalizadas y adaptarse a las posibilidades económicas, preferencias culturales, gustos y tratamiento médico que el paciente recibe. (35)

En los pacientes obesos una leve pérdida de peso a demostrado reducir la resistencia a la insulina. Así, se recomienda la pérdida de peso (aproximadamente 7% del peso corporal) a todos los pacientes con sobrepeso o a individuos obesos que padezcan o que tengan riesgo de desarrollar diabetes.

La actividad física y las modificaciones en el comportamiento son factores importantes de los programas de adelgazamiento y son fundamentales a la hora de mantener la pérdida de peso.

Para perder peso, tanto las dietas bajas en carbohidratos como las dietas con restricción de calorías grasas pueden ser efectivas a corto plazo (hasta 1 año). En los pacientes con dietas bajas en carbohidratos se debe controlar el perfil lipídico, la función renal y la ingesta de proteínas (en aquellos con nefropatía) para ajustar la terapia hipoglucemiante.

Controlar los carbohidratos, ya sea contándolos, a través de intercambios o mediante estimaciones basadas en la experiencia, es una clave estratégica importante para conseguir el control glucémico. En los pacientes diabéticos, el uso del índice glucémico puede proporcionar un pequeño beneficio adicional en el control de la glucemia al obtenido cuando únicamente se considera la ingesta total de carbohidratos.

Otras recomendaciones nutricionales aconsejarían limitar el consumo de grasas saturadas a <7% del total de calorías, debiéndose minimizar la ingesta de grasas trans. Si los adultos con diabetes beben alcohol, la ingesta diaria debe limitarse a una cantidad moderada (1 bebida diaria o menos en las mujeres adultas y 2 bebidas diarias o menos en los hombres adultos).

Se recomienda igualmente el consumo de fibra (14 gr de fibra/1000Kcal) y de los alimentos que contengan grano entero. Los suplementos con antioxidantes como la vitamina E y C y los carotenos, no se aconsejan por la falta de evidencia de su eficacia y el desconocimiento de la seguridad a largo plazo. Se debe aconsejar a los pacientes diabéticos actividad física aeróbica de moderada intensidad, al menos durante 150 minutos/semana (al 50-70 % de la frecuencia cardíaca máxima). Si no hay contraindicaciones, debe animarse a los pacientes con DM2 a hacer ejercicios de resistencia 3 veces por semana.

- Tratamiento Farmacológico:
- Tratamientos con Antidiabéticos Orales:

Se recomienda iniciar tratamiento con antidiabéticos orales en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya logrado alcanzar las metas de

control glucémico después de un período de tres a seis meses con cambios terapéuticos en el estilo de vida. Para considerar que los Cambios terapéuticos en el estilo de vida han sido efectivos la persona debe haber logrado modificaciones en el régimen alimentario, reducción del 5 a 7% del peso corporal (si éste estaba excedido) e incremento de la actividad física programada. Si no se observa una reducción gradual de las glucemias que permita predecir que la persona va a alcanzar la meta en el plazo de tres a seis meses, puede ser necesario adelantar el inicio del tratamiento farmacológico.

- **Tratamiento con Insulina:**

La insulino terapia administrada en forma adecuada para suplir los requerimientos diarios es la forma más rápida y eficiente de controlar los niveles de glucemia.

La terapéutica puede evitar la mayor parte de los efectos agudos de la diabetes y retardar considerablemente los crónicos.

Se dispone de insulina en diversas formas. La insulina de acción rápida o, simple tiene una acción que dura 3 a 8 horas, en tanto que las otras formas de insulina se absorben con lentitud desde el sitio de inyección por lo que tiene efectos que duran hasta 10 a 48 horas. De ordinario, el diabético recibe diariamente una sola dosis de insulina de larga acción: así se eleva en forma global el metabolismo de los carbohidratos durante todo el día. Luego se administra cantidades adicionales de insulina simple en los momentos del día en que la glucemia tiende a subir mucho, como el tiempo de las comidas. Así pues, cada paciente recibe y aprende su tratamiento individual.

- **Control de la Glucemia:**

En el tratamiento eficaz de la diabetes, el paciente llega a ser el pilar en el seguimiento de su enfermedad. De ahí la importancia del auto-monitoreo, que idealmente debe practicarse en forma diaria. El auto-

monitoreo consiste en la medición con un monitor (hemoglucotest) de los niveles de glucosa en sangre capilar, tanto en ayuno como postprandiales, lo que incluye una medición después de cada alimento (desayuno, colación, comida, colación, cena).

El auto-monitoreo tiene una gran importancia clínica, ya que proporciona datos inmediatos y confiables y permite:

- Determinar el patrón de glucemias del paciente.
- Tomar decisiones referentes a la terapia.
- Appreciar el efecto de la cantidad y el tipo de alimento en la glucosa sanguínea.
- Valorar la respuesta glucémica frente al ejercicio físico y la conveniencia de realizarlo.
- Prevenir, detectar, reaccionar y tratar a tiempo una hipoglucemia o una hiperglucemia.
- Determinar la necesidad de la terapia con insulina en pacientes con diabetes gestacional.
- Manejar adecuada y oportunamente cualquier episodio de enfermedad intercurrente, infección o problemas emocionales severos.

• Prevención de las Complicaciones:

• Complicaciones agudas

La hipoglucemia y el estado hiperosmolar hiperglucémico son complicaciones agudas de la diabetes. Sin embargo, si el paciente se encuentra bajo un buen control, este tipo de complicaciones no tienen por qué presentarse. Aun así, si éstas ocurren, es necesario buscar las causas para identificar la mejor solución y poder administrar el tratamiento adecuado.

Posibles causas:

- Hipoglucemia: Estado hiperosmolar hipo glucémico

- Ayuno Prolongado: Infecciones
- Dosis excesivas de antidiabéticos: Abandono de tratamiento.
- Dosis excesiva de insulina: Dieta inadecuada
- Disminución de filtrado glomerular: Eventos vasculares.

- Complicaciones crónicas

El control estricto de la glucosa equivale a una prevención eficaz de nefropatía diabética y de pacientes en diálisis, así como a una disminución en la incidencia de retinopatía diabética, que puede ser preproliferativa o proliferativa y es causa de Ceguera, y a una disminución importante en la incidencia del pie diabético, que puede conducir a una amputación y una incapacidad para el paciente, con el impacto consecuente en el nivel laboral y familiar.

Todo paciente con diabetes tipo 2 debe ser sometido a una revisión oftalmológica. Ello a partir del diagnóstico de diabetes, y por lo menos una vez al año en adelante o cada vez que lo indique el médico. Dicha revisión debe servir no sólo para evitar la retinopatía diabética, sino también para detectar la presencia de glaucoma o de catarata.

Para prevenir la nefropatía diabética es necesario verificar en todo paciente con una evolución de diabetes mayor a 4 ó 5 años si tiene microalbuminuria. Si se detecta microalbuminuria, el paciente debe ser tratado con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; si el paciente presenta tos, que es uno de los efectos más importantes de este medicamento, entonces éstos se pueden sustituir por antagonistas de los receptores de angiotensina, que es otra muy buena opción y reduce la incidencia de nefropatía diabética.

- Control estricto de glucosa (HbA1c < 7%).
- Control de tensión arterial < 130/80 mmHg.
- Uso de IECAS (Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina) o ARAlI (Antagonista de los receptores de angiotensina II).

Un paciente diabético tiene una alta probabilidad de padecer enfermedad coronaria, con síntomas que pueden ser silentes. Así, es importante que en todo paciente con una larga evolución de la enfermedad se busque de manera intencional la existencia de aterosclerosis coronaria. En esta búsqueda, muchas veces no basta un electrocardiograma en reposo, por lo que con frecuencia se requerirá de una prueba de esfuerzo para poder descartar una isquemia. De manera especial, esta exploración deberá hacerse en pacientes mayores de 40 años que tengan hipertensión y/o dislipidemias importantes. En esos pacientes hay que confirmar que no exista aterosclerosis coronaria para evitar que el paciente sufra un infarto o alguna angina inestable.

Para prevenir o evitar el avance de las complicaciones asociadas con el pie del diabético, es necesario primero identificar los factores de riesgo y las lesiones iniciales, para luego proceder a la clasificación de las mismas. En función de ello, habrá que determinar el tratamiento más adecuado a fin de evitar la progresión y/o la formación de nuevas lesiones. En primer término, es indispensable mantener un control estricto de la glucosa. Segundo, es necesario solicitar la paciente una inspección y un lavado diario del pie. En particular, deben revisarse los pies en la parte plantar y en las regiones interdigitales, ya que es frecuente que aquí aparezcan lesiones que son más difíciles de identificar, de las que con frecuencia no se percata el paciente. Cabe recordar que el paciente no siente las lesiones, por lo que si no la ve, no podrá identificarlas y acudir al médico. El tercer punto es educar y proporcionar al paciente información sobre el tipo de calzado que debe usar, a saber, que éste sea cómodo, que no le apriete y que sea suave. El calzado debe usarse con calcetines de algodón, mismos que debe cambiar todos los días, luego del lavado diario. En cuarto lugar, el paciente debe evitar caminar descalzo. Al hacerlo, dada la pérdida de sensibilidad, el paciente no sentirá lo que pisa, por lo que el riesgo de lesionarse es mucho mayor. Por último, debe cortarse las uñas en forma

recta y evitar bordes agudos que puedan lesionar la piel circundante de ese dedo o de otros. Si el paciente fuma, un punto importante es que deje de hacerlo para evitar que la afección vascular progrese.

2.4.3. Estilos de Vida en Pacientes Diabéticos tipo II

La Organización Mundial de la Salud 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, definiéndolo como "patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas".

El estilo de vida a su vez se divide en siete dominios: Dieta, actividad física, tabaco y alcohol, autoestima y adherencia al tratamiento.

- Alimentación saludable:

Es un aspecto básico en el cuidado de la salud y conducta del paciente diabético por su efecto beneficioso en el control metabólico, presión arterial, nivel de lípidos, peso corporal y el bienestar general. Las siguientes recomendaciones nutricionales para la protección de la salud cardiovascular, deben ser promovidas precozmente a toda persona con diabetes desde el momento del diagnóstico. (36)

Los objetivos de una alimentación saludable:

- Mantener niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada dentro del margen de normalidad.
- Alcanzar y mantener un perfil lipídico óptimo.
- Mantener la presión arterial dentro de los valores normales.
- Asegurar un aporte calórico adecuado, evitando la desnutrición y obesidad.

- Reducir la incidencia de complicaciones.

• Educación alimentaria:

Las intervenciones que han demostrado ser efectivas porque ayudan a las personas a adquirir las habilidades, motivación y el apoyo que requieren para hacer cambios en su alimentación y formas de preparar los alimentos son aquellas que combinan educación nutricional y consejería.

La consejería personalizada e intensiva dirigida a reducir la ingesta de:

- Grasas saturadas (<7% de las calorías totales)
- Grasa total (<35% del total de las calorías)
- Azúcar y aportar 50-60% de las calorías totales en hidratos de carbono, aumentando el consumo de verduras.

La consejería personalizada e intensiva junto al tratamiento farmacológico ha demostrado ser más efectiva que la atención y consejería dietaria habitual en reducir los niveles de HbA1c, colesterol, triglicéridos y presión arterial, así como reducir las complicaciones microvasculares y los eventos cardiovasculares, en las personas con diabetes.

• Plan de alimentación para el paciente diabético:

Una vez que se ha evaluado al paciente se procederá entonces a diseñar el plan nutricional. Cabe señalar que, en el paciente diabético, la distribución de los macronutrientes es la misma que en el individuo sano.

(37)

• Proteínas:

Al igual que los carbohidratos, las proteínas proporcionan 4 kcal/g. La recomendación de consumo de proteínas es de 0.8 g por cada kilogramo de peso, o bien, el 15% del valor energético total de la dieta. Las

proteínas son esenciales en la alimentación, si bien eso no significa que se deba consumir carne todos los días. Es preferible consumir carnes blancas, tales como pollo sin piel, pescado fresco, atún enlatado en agua y sardinas de lata, que son muy nutritivas y accesibles. También deben incluirse proteínas de origen vegetal.

La tasa de degradación de proteínas y su conversión en glucosa en caso de DM tipo 1 depende del estado de insulinización y el grado de control de la glucemia. Si la insulinización es insuficiente la conversión de proteína a glucosa puede realizarse rápidamente empeorando el control glucémico. En pacientes con DM tipo 2 mal controlada existe una aceleración de la gluconeogénesis aumentando la producción de glucosa en el estado posprandial. No existen datos que apoyen que las raciones necesarias de proteína en sujetos con diabetes no complicada varíen respecto a las recomendadas en individuos sanos. La ración diaria recomendada (RDA) de ingesta de proteínas es de 0,8 g/kg de peso/día comprendiendo un 10-20% del total de calorías consumidas.

Con nefropatía incipiente deben considerarse las dietas con restricción proteica. Varios pequeños estudios en humanos con nefropatía diabética han mostrado que una dieta restringida en proteínas de 0,6 mg/kg/día, retrasa la progresión de la caída de la tasa de filtrado glomerular ligeramente. Actualmente se recomienda la ingesta proteínica de 0,8 g/kg/día o 10% de las calorías en pacientes con o sin nefropatía, lo cual supone ya una restricción respecto a los hábitos alimentarios espontáneos. Sin embargo, se ha sugerido el uso de dietas restringidas en proteínas (0,6 g/kg/día) una vez que el filtrado glomerular comienza a caer. Esta restricción no debe ser superior por poder ocasionar menor potencia muscular y mayor cantidad de grasa corporal, sin cambios en el peso corporal total. Las recomendaciones acerca de la ingesta de proteínas están basadas en evidencias incompletas, requiriéndose más estudios.

- Lácteos:

Los lácteos están perfectamente permitidos en una dieta para personas con diabetes, si bien éstos deben ser, de preferencia, descremados o bajos en grasa. Esta características se asocia muchas veces con la leyenda light en las etiquetas. En lo que se refiere a los quesos, se recomienda el consumo de queso tipo panela, queso light. Es preferible que la mantequilla se consuma únicamente de manera ocasional. Es frecuente la recomendación de ingesta de lácteos como fuente de calcio para evitar el raquitismo en niños y la osteopenia y osteoporosis en los adultos. Sin embargo, cabe mencionar que la leche sólo aporta del 20 al 35% de los requerimientos de calcio por grupo de edad, por lo que se recomienda que el plan alimenticio incluya otras fuentes de calcio, como el pescado y los vegetales verdes, a fin de satisfacer los requerimientos de calcio.

- Lípidos:

Las grasas proporcionan 9 kcal/g, y son necesarias para la formación de grasa corporal y estructural de las células, por lo que se recomienda que entre el 20% y el 30% de la energía total de la dieta provenga de éstas. Deben considerarse las grasas saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas, y el mayor porcentaje de la grasa consumida debe corresponder a estos dos últimos tipos. De hecho, menos del 7% del valor energético total debe provenir de ácidos grasos saturados. Eso significa que es necesario disminuir el consumo de carnes rojas, así como evitar los embutidos. Los ácidos poliinsaturados deben representar el 10% del valor energético de la dieta, y para ello es necesario aumentar el consumo de pescados como el atún. Los ácidos grasos monoinsaturados, tales como los que se encuentran en el aceite de oliva, las nueces y el aguacate, deben complementar la dieta y su consumo debe representar del 10 al 15% del valor energético total. Por último,

debe evitarse el consumo de ácidos trans, ya que éstos aumentan el colesterol LDL-c y disminuyen el HDL-c.

- Hidratos de carbono:

Los carbohidratos proporcionan 4 kcal/g. Al igual que en los individuos sanos, del 50% al 60% de la energía total de la dieta debe provenir de los hidratos de carbono, con la única diferencia de que, en un plan de alimentación para pacientes diabéticos, la distribución de los hidratos de carbono simples debe modificarse. Ello significa que será necesario restringir los carbohidratos simples, que tienen además un mayor contenido energético, como por ejemplo la miel, las mermeladas y el azúcar de mesa. En contraste, deberá incrementarse el consumo de hidratos de carbono complejos, tales como fruta rica en fibra, las verduras, los granos enteros y los almidones. Entre otras cosas, los carbohidratos complejos contienen mayor cantidad de fibra, con lo que se consigue aumentar la sensación de saciedad y disminuir la ingesta calórica. El contenido de carbohidratos del plan no debería ser inferior a 130 g. Existe la posibilidad de adicionar sacarosa, siempre y cuando sea sustituida por otros carbohidratos y sea cubierta por medicación. Los carbohidratos complejos continúan siendo la base.

- Fibra:

Es importante incluir cereales y leguminosas tales como, entre otros, arroz, avena, frijol, haba, garbanzo y salvado, que es un cereal rico en fibra y puede ayudar a controlar mejor las glucemias. Se recomienda la ingestión de 25 g de fibra al día. En particular, la fibra soluble ayuda en el buen funcionamiento y tránsito intestinal, puede retrasar el vaciamiento y la absorción de carbohidratos y de grasas en intestino, así como mantener una sensación de saciedad y plenitud.

- Frutas:

Es claro que la fruta es un alimento muy sano, si bien no hay que olvidar que contiene grandes cantidades de azúcar, por lo que sólo se recomienda el consumo de tres piezas al día, como podría ser, por ejemplo, una taza de papaya o sandía picada, una manzana y un plátano. De manera importante, lo que debe evitarse es la mezcla de una gran cantidad de frutas, como los conocidos cocteles de frutas en las calles, que llegan a tener ocho frutas diferentes, además de yogurt, miel y granola.

- Edulcorantes:

Edulcorantes no calóricos, tales como el aspartame, sacarina, ciclamato y sucralosa, con un poder endulzante 180 a 600 veces mayor a la sacarosa, no tienen efecto en las concentraciones de glucosa post-prandiales. Por el contrario, edulcorantes como el sorbitol y la fructosa tienen el mismo valor calórico que la sacarosa lo que debe tenerse en cuenta cuando se consumen como parte de productos elaborados. Vale la pena considerar el costo económico adicional de este tipo de productos.

La fructosa aporta 4 kcal/g como los otros carbohidratos y, a pesar de que tiene una menor respuesta glucémica que la sacarosa y otros hidratos de carbono, se ha señalado que grandes cantidades de fructosa (el doble de la ingesta usual) tienen un efecto negativo en los niveles de colesterol sanguíneo, LDL-colesterol y triglicéridos.

- Sodio:

La ingesta de sodio dietario o sal (cloruro de sodio) eleva los niveles de presión arterial y aumenta la prevalencia de hipertensión. La investigación científica también ha establecido que la reducción de la ingesta de sodio disminuye la presión arterial. En estudios realizados en países desarrollados se ha cuantificado que la mayoría del sodio dietario,

sobre el 70%, proviene de alimentos o productos procesados, y en menor proporción la que se añade durante la preparación de los alimentos o durante el consumo en la mesa. La participación de la industria de los alimentos -ya sea a través de la reducción voluntaria o regulada del contenido de sodio en los alimentos envasados- es una de las principales estrategias que los países deben implementar, para lograr una reducción significativa en el consumo de sal de la población, hasta alcanzar la meta recomendada por la OMS, menos de 5 gramos de cloruro de sodio (sal) ó 2 gramos de sodio al día.

- Frecuencia de la alimentación:

Mínimo 3 comidas, frecuentemente acompañadas de colaciones (1 a 2), condicionado a la farmacoterapia y al control del apetito. Deben reducirse picos glucémicos postprandiales y prevenirse hipoglicemias. Las colaciones deben aportar carbohidratos complejos para dar substrato a mediano plazo. En pacientes insulinizados con análogos de acción lenta, no son imprescindibles las colaciones. Si realiza ejercicio se planificarán ingestas adicionales, particularmente cuando se administra insulina. Un ejercicio de moderada intensidad aumenta la captación de glucosa en 2-3 mg/kg/minuto. Ajustes en la dosis de insulina pueden ser necesarios.
(36)

- Actividad física:

La actividad física se define como todo movimiento corporal que resulta de la contracción y relajación de los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto de energía que se añade al metabolismo basal. La actividad física, por lo tanto, incluye todas las actividades físicas que se realizan de manera cotidiana. En contraste con este concepto, el ejercicio consiste en una serie de movimientos corporales planeados, estructurados y repetidos que se practican con el fin de mejorar o

mantener la condición física. La condición física, a su vez, es la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias con vigor y vivacidad, sin fatiga excesiva y con la suficiente energía para disfrutar del tiempo libre y afrontar acontecimientos inesperados.

- **Importancia y beneficios de la actividad física en el paciente con diabetes:**
Hoy en día se reconoce que es posible llevar una vida físicamente activa a pesar de tener diabetes. De hecho, el ejercicio es una parte fundamental en el control de la misma y produce múltiples beneficios cuando se lleva a cabo de manera regular durante un tiempo prolongado.

(39)

- **Duración del ejercicio:**

En un principio, se recomienda que el ejercicio aeróbico se realice en sesiones de 15-30 minutos, que deberán incrementarse progresivamente en función de la respuesta cardiopulmonar. El paciente con diabetes puede incluso iniciar con 5 minutos al día y quedar agotado. El paciente debe saber que lo importante es que tenga constancia para ir aumentando gradualmente el tiempo del ejercicio.

La Asociación Norteamericana de Diabetes recomienda alcanzar un total de 150 minutos semanales, es decir, 30 minutos al día.

- **Frecuencia del ejercicio:**

La frecuencia se refiere al número de veces que se realiza el ejercicio en el curso de una semana. Si lo que se desea es que el ejercicio físico mejore la condición física y el control glucémico, lo que se recomienda es que éste se realice de cuatro a cinco veces por semana, sin dejarlo de hacer más de dos días seguidos. No hay inconveniente en que se lleve a cabo diariamente. Dado que el efecto del ejercicio es pasajero, el principio rector para lograr un efecto sostenido es que la actividad física se practique de manera regular y constante. Para ello, el paciente deberá

iniciar con ejercicio moderados, de 2 a 3 veces por semana, para luego incrementar su frecuencia y duración de manera gradual.

• ¿Cuándo evitar el ejercicio en pacientes con diabetes?

Es recomendable que el paciente no haga ejercicio cuando la medición de glucosa por medio de glucómetro arroje cifras menores o mayores a 200, ya que si lo hace puede tener una descompensación. En casos así, es recomendable mejor que acuda primero con el médico para lograr un mejor control de la dieta y alcanzar los niveles adecuados de glucosa antes de reiniciar un programa de actividad física. Otras contraindicaciones temporales para efectuar ejercicio físico en personas con diabetes son las siguientes:

- Presencia de infecciones concomitantes de vías urinarias o intestinales, ya que, en combinación con ejercicio, éstas pueden ocasionar descompensaciones
- Presencia de infecciones agudas (gripe, faringitis, gastroenteritis, etc.) o condiciones que agraven la hiperglucemia.
- Riesgo cardiovascular.
- Pacientes con fotocoagulación reciente

• Tabaquismo:

El tabaquismo es un factor de riesgo mayor e independiente de enfermedades cardiovasculares y otras patologías. La Asociación Americana de Diabetes estableció que sólo el hecho de fumar y tener diabetes implica 14 veces más probabilidades de experimentar problemas cardíacos, en relación con quienes no tienen diabetes y no fuman.

También se ha descrito un mayor riesgo de desarrollo de microalbuminuria (pérdida de pequeñas cantidades de proteínas por la orina), que son el primer paso en el desarrollo de las complicaciones

renales en personas con diabetes tipo 1 y 2. Otro tanto sucedería con la retinopatía.

También se ha documentado el incremento en el riesgo de las neuropatías diabéticas, como consecuencia del cigarrillo. En este aspecto, el peligro aumenta en 2 a 2,5 veces en relación con el que poseen personas con diabetes no fumadoras.

El uso de tabaco, en sus diversas modalidades, constituye una conducta adversa para la salud de todos, incluso para los no fumadores que están en contacto cotidiano con gente que fuma, transformándose en fumadores pasivos. Pero en el caso particular de quienes tienen diabetes, este hábito resulta especialmente peligroso. (40)

- Alcohol

Estudios en población con diabetes mellitus tipo 2 indican que el consumo de alcohol es causa de resistencia a la insulina. Por su parte algunos autores revelan que el consumo de alcohol en personas con diabetes mellitus evita la recuperación de la hipoglucemia, debido a la habilidad del alcohol para suprimir la lipólisis mencionan que el alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, produciendo tanto oxidación de la glucosa como almacenamiento, lo cual incrementa el riesgo mayor de complicaciones severas. (41)

- Estado emocional:

Las emociones son episodios de cambios coordinados de diversos componentes en respuesta a eventos internos o externos o que son significativos para un organismo.

El paciente con DM Tipo 2 cuando recibe el diagnóstico tiene que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales. La depresión incontrolada puede llevar a un mal control de la

DM Tipo 2, resultando en niveles altos de glucosa en la sangre que hacen que la depresión se agrave e incrementa el riesgo de complicaciones debido a la diabetes. La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza, se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida. (42)

- Adherencia al tratamiento:

Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada. Definida también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual. Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes. Las Dimensiones de la Adherencia, nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera:

Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente diabético.

- Dependientes del paciente: Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

- Relación Paciente-Personal de Salud

La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

- Características del tratamiento:

El tratamiento de la diabetes es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros. Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento; en el caso del paciente diabético el aspecto más difícil de controlar es el régimen alimentario.(43)

2.5 Definiciones de Términos Básicos:

2.5.1. Hiperglucemia: Se determina hiperglicemia cuando el valor de la glucosa en ayunas es mayor igual a 126mg/dl mientras que la glicemia postprandial es mayor igual a 140 mg/dl.

2.5.2. Hipoglucemia: Un nivel demasiado bajo de glucosa en sangre. Esto ocurre cuando un persona con diabetes se ha inyectado demasiada insulina, ha comido muy poco, o ha hecho ejercicio sin una alimentación adicional. Una persona con hipoglicemia puede sentirse nerviosa, temblorosa, débil o sudorosa, y sufrir dolor de cabeza, visión borrosa y hambre.

2.5.3. Hemoglobina Glicosilada HbA1c: La hemoglobina a la que esta unida la Glucosa. La hemoglobina glicosilada se usa para monitorizar el control a largo plazo de la diabetes. El nivel de Hemoglobina Glicosilada se incrementa en los glóbulos rojos de la sangre de personas con diabetes mal controlada.

2.5.4. Pie diabético Un pie que muestra cualquier patología que resulta directamente de la diabetes o de una complicación de la diabetes.

2.5.5. Glucosa También llamada dextrosa, es el principal azúcar que produce el cuerpo a partir de proteínas, grasas e hidratos de carbono. La glucosa es la principal fuente de energía para las células vivas y es llevada a cada célula a través del torrente sanguíneo. Pero, las células no pueden utilizar la glucosa sin la ayuda de la insulina.(44)

2.5.6. Trastorno metabólico: El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular, caracterizado por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del

metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial, y obesidad (45)

2.5.7. Obesidad: El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (46)

2.5.8. Resistencia a la insulina:

La Resistencia a la Insulina, también conocida como Hiperinsulinemia, es una deficiencia metabólica genéticamente determinada en que el cuerpo no puede utilizar la insulina de forma eficiente. En el metabolismo de una persona normal, las concentraciones elevadas de glucosa estimulan al páncreas para que libere una hormona denominada insulina. A su vez, las células efectoras del cuerpo ubicadas en el hígado, músculo y tejido adiposo poseen receptores que al unirse con su insulina, permiten el ingreso de glucosa a la célula y, por consiguiente, la producción de energía. En una persona que tiene dicho síndrome, esta hormona no es capaz de contactar adecuadamente al receptor. Esto genera un círculo vicioso en donde el páncreas sigue emitiendo cada vez más insulina, la que después de un largo tiempo se agota pudiendo ocasionar Diabetes Mellitus. (47)

2.5.9. Programa Sanitario

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

2.5.10. Programa de Diabetes

La misión del Programa de Diabetes de la OMS es prevenir esta enfermedad siempre que sea posible y, cuando no lo sea, reducir al mínimo sus complicaciones y mejorar la calidad de vida.

El objetivo general del Programa de Diabetes es mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y de sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

Funciones básicas

- Supervisar la elaboración y adopción de criterios y normas acordadas internacionalmente para el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes y de sus complicaciones y factores de riesgo.
- Fomentar la vigilancia de la diabetes y de sus complicaciones y factores de riesgo, y contribuir a ella.
- Contribuir a la creación de capacidad para la prevención y el control de la diabetes.
- Aumentar la concienciación sobre la importancia de la diabetes como problema mundial de salud pública.
- Promover la prevención y el control de la diabetes en poblaciones vulnerables. (48)

CAPITULO III

VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Variables de Investigación:

3.1.1 Variable 1:

Nivel de conocimiento de diabetes.

El conocimiento de diabetes es la información esencial sobre la enfermedad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona es decir interiorizar lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto, entender la racionalidad y riesgos del tratamiento además de los cuidados esenciales para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.

3.1.2 Variable 2:

Estilo de Vida

El estilo de vida se define como las acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

3.2 Operacionalización de las variables:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2015"

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>NIVEL CONOCIMIENTO DE DIABETES (VARIABLE 1)</p>	<p>El conocimiento de diabetes es la información esencial sobre la enfermedad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona es decir interiorizar lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto, entender la racionalidad y riesgos del tratamiento además de los cuidados esenciales para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.</p>	<p>CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD</p> <p>CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO</p>	<p>Definición</p> <p>Tipos de Diabetes</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Test de Diagnóstico</p> <p>Complicaciones</p> <p>Tratamiento</p> <p>Control de la glicemia</p> <p>Alimentación</p> <p>Ejercicio</p> <p>Cuidado de la Vista</p> <p>Cuidado de los Pies</p>	<p>Ordinal</p>

		CONSUMO DE TABACO	Consume tabaco Frecuencia Cantidad	
		CONSUMO DE ALCOHOL	Consume bebidas alcohólicas Tipo de bebida alcohólica. Frecuencia Cantidad	Nominal
		ESTADO EMOCIONAL	Enojo Tristeza Pensamientos negativos	
		INFORMACIÓN SOBRE DIABETES	Búsqueda de información. Asistencia a las charlas del programa de Diabetes	

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Esfuerzo en el control de la enfermedad Cumplimiento de la dieta. Olvida tomar sus medicamentos Sigue las indicaciones del personal de salud.	Nominal
--	--	------------------------------	---	---------

3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas

- Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del HNDM.

- Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del HNDM.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es Cuantitativo-Descriptivo – Correlacional y de corte Transversal.

- Cuantitativo: porque se obtuvieron datos susceptibles de cuantificación que permitieron un tratamiento estadístico. Teniendo en cuenta el problema y los objetivos de la investigación el estudio es:
- Descriptivo: Porque describió las variables que intervinieron en la investigación.
- Correlacional: Porque estableció el tipo de relación entre la variable conocimiento de diabetes y el estilo de vida.
- Transversal: Porque se estudió a la variable conocimiento de diabetes y el estilo de vida en un determinado momento.

4.2 Diseño de investigación

Esta investigación fue no experimental.

El esquema es:

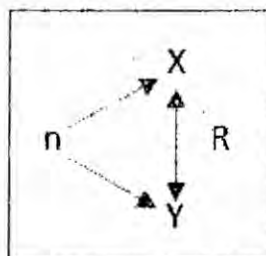
Dónde:

X: Conocimiento de diabetes

Y: Estilos de vida

R: relación entre el nivel conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del programa de diabetes del HNDM.

n: tamaño de muestra



4.3 Población y muestra

Población:

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con Diabetes tipo II que asistieron al Taller Educativo del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo según los registros de asistencia del periodo de Marzo a Mayo hallándose un total de 188 personas afectadas por la Diabetes tipo II.

Ubicación y espacio temporal de la Población: Hospital Nacional Dos de Mayo – Aula San Martín

Muestra:

Tamaño de la Muestra

La muestra se definió por el tipo de muestreo no probabilístico accidental. Se encontró que el programa educativo se desarrolla en un mes siendo 8 el total de talleres, al que asisten pacientes adultos y adultos mayores con distinto grado de frecuencia. Por tanto la muestra se constituyó por las personas que asistieron al taller y que cumplieron con los criterios de selección: criterios de inclusión y criterios de exclusión

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Personas que cuenten con el diagnóstico de Diabetes tipo II y asistan al Taller educativo del Programa de Diabetes del HNDM.
- Pacientes que tengan registrado en la cartilla mínimo 2 asistencias al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNDM.
- Pacientes que brinden su conformidad voluntariamente por medio de la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que asisten al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNMD que presenten alguna discapacidad mental o física que no permita el desarrollo de la investigación.
- Pacientes que asisten al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNMD que presenten Analfabetismo.

Fórmula para el cálculo de muestra de Poblaciones Finitas

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (188)}{(0.05)^2 (188-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 126$$

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para medir ambas variables tanto nivel de conocimiento de diabetes como el estilo de vida se empleó la técnica de encuesta y como instrumento es el cuestionario.

Instrumento:

- Estilo de vida: Presenta un total 27 ítems, de respuestas cerradas y abiertas, calificación de 3 a 1, donde: 3 correcto – 2 parcialmente correcto – 1 incorrecto. A excepción de las preguntas 8-12 y 15 donde la respuesta correcta tiene el valor de 1 punto y los ítems: 9-13-14-16-17-18, los cuales no se cuantifican pero tiene valor descriptivo.

Para determinar la escala se sacó el Promedio donde los indicadores son:

<45 No Saludable

>=45 Saludable

Conocimiento de diabetes: Presenta un total de 28 ítems, de respuestas cerradas con 4 alternativas de respuesta donde solo una respuesta es correcta y las restantes incorrectas.

Para determinar la escala se empleó la Técnica de Estaninos donde los indicadores son:

<18	Bajo
18 A 24	Medio
>24	Alto

- Conocimiento de Diabetes: Fue basado de varios de los instrumentos de las investigaciones que se encuentran de antecedente, de dichos instrumentos muchos de los ítems fueron empleados otros adaptados a la realidad de nuestra población y otros modificados. El instrumento paso por dos pruebas piloto.

El instrumento "Estilo de Vida" fue basado del Instrumento IMEVID (de Juan Manuel López-Carmona 2003) instrumento que inicialmente fue adaptado a la realidad de nuestra población por lo que se eliminaron los ítems (3-4-7-8-11-12), Para el instrumento Estilo de Vida se agregaron los ítems 3-9-10-11-13-14-16-17-18.

Los instrumentos fueron sometidos a validez a través 8 juicios de expertos. Luego se aplicó la prueba binomial mediante la tabla de concordancia obteniendo el valor de p menor de 0.05. Siendo válido el instrumento.

Se halló la confiabilidad con la prueba piloto aplicada en 14 pacientes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión del programa de adulto mayor.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de fórmulas estadísticas: Kuder Richardson para el instrumento de conocimiento de diabetes ($KR20=0.730$) y Alfa de Cronbach (Alfa=0.777) para El estilo de vida.

4.5. Procedimiento de recolección de Datos

Previa aprobación por parte del comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó la autorización correspondiente del Hospital Nacional Dos de Mayo para el desarrollo de la investigación.

Posteriormente se procedió a identificar a los pacientes con DM 2 que conformaron la muestra y aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, se les invito a participar en nuestro trabajo de investigación y se dio a conocer el consentimiento informado previa descripción detallada del estudio.

Los días fijados para aplicar el cuestionario fueron establecidos los días martes y jueves en horario de 11 a 1 pm, durante los meses de Junio Julio y Agosto. El desarrollo de ambos cuestionarios toma el tiempo de 30 minutos.

Para el levantamiento de los datos se permaneció en el Hospital durante el periodo y horario establecidos y acordando con el medico del Comité de Ética del HNDM y el Licenciado a cargo del Programa de Diabetes que terminada la sesión educativa se estaría aplicando las dos encuestas, previa explicación al paciente del objetivo del estudio, del derecho o no de participar, los beneficios del mismo y finalmente se solicitó su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Al terminar se agradeció su participación asegurándoseles que los datos proporcionados se manejaran con la mayor confidencialidad y solo para fines requeridos del estudio.

4.6. Procedimiento estadístico y análisis de datos

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS Versión 18.0 para su análisis.

Para determinar la relación entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II del programa de diabetes del HNDM se obtuvo el coeficiente de correlación entre dichas variables. Para la selección de la prueba estadística se evaluó

previamente el requisito de distribución normal de ambas variables. Dado que no se cumplió dicho requisito se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Para identificar el nivel de conocimiento y el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia según las escalas de clasificación de los instrumentos.

Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05. Los resultados fueron presentados en tablas, cuadros y gráficos.

CAPITULO V

RESULTADOS

CUADRO 5.1

CORRELACION RHO DE SPEARMAN ENTRE LAS VARIABLES NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HNDM 2015.

Correlaciones

			CONOCIMIENTO	ESTILOS DE VIDA
Rho de Spearman	CONOCIMIENTO	Coefficiente de correlación	1,000	,315**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	126	126
	ESTILOS DE VIDA	Coefficiente de correlación	,315**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	126	126

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

El coeficiente de correlación Rho de Spearman, evidencia una correlación positiva (Rho=0.315) Rho de Spearman 31.5 % la cual resultó estadísticamente significativa (p=0.000). Lo que significa que, niveles altos de conocimiento se corresponden con niveles altos de estilos de vida, o también, niveles bajos de conocimiento se corresponden con niveles bajos de estilos de vida.

CUADRO 5.2

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HNDM 2015.

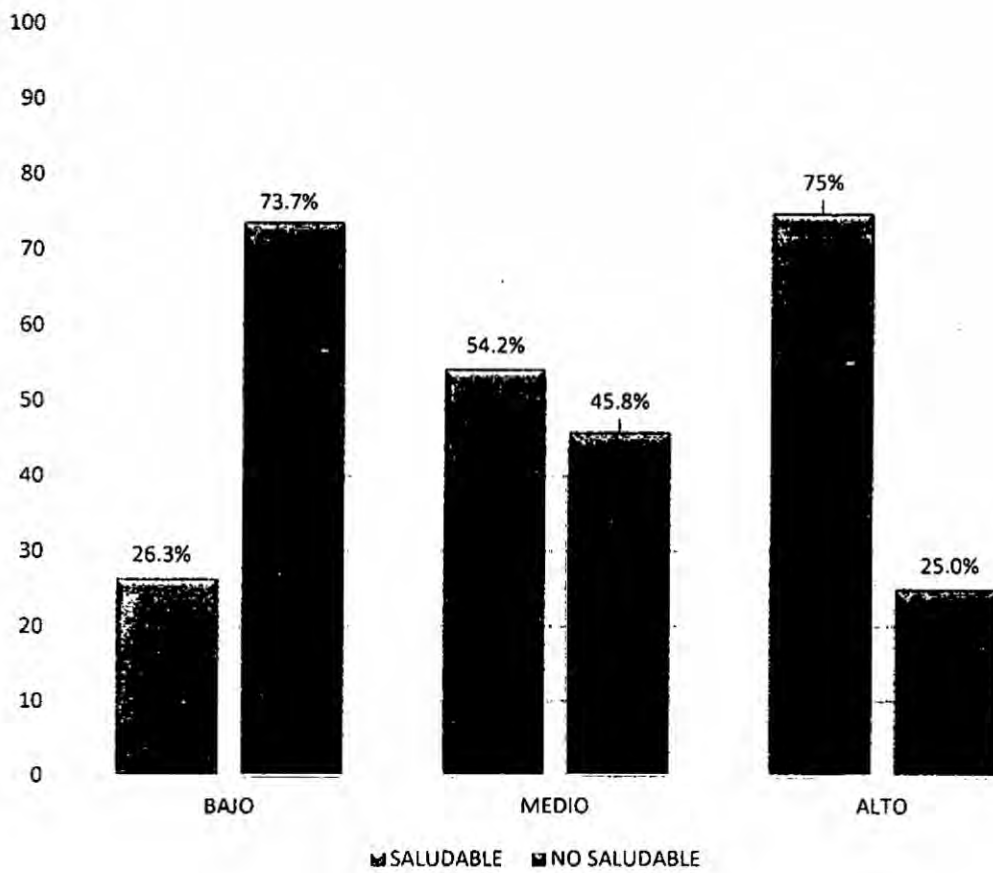
VARIABLES						
	SALUDABLE		NO SALUDABLE		TOTAL	%
	N°	%	N°	%		
BAJO	5	26.3	14	73.7	19	15.1
MEDIO	45	54.2	38	45.8	83	65.9
ALTO	18	75.0	6	25.0	24	19.0
TOTAL	68	54.0	58	46.0	126	100.0

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

En el cuadro 5.2 se observa la relación de puntajes de conocimiento y de los estilos de vida de los pacientes en estudio. Se encontró que del total de pacientes con conocimiento bajo el 73.7 % presenta estilos de vida no saludable. Asimismo del total de pacientes con conocimiento medio se halló que el 54.2% presenta estilos de vida saludable. Del total de pacientes con conocimiento alto se encontró que el 75% practica estilos de vida saludable.

GRAFICO 5.1.

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HNDM 2015.



Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

CUADRO 5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES EN LOS PACIENTES
CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM
2015.

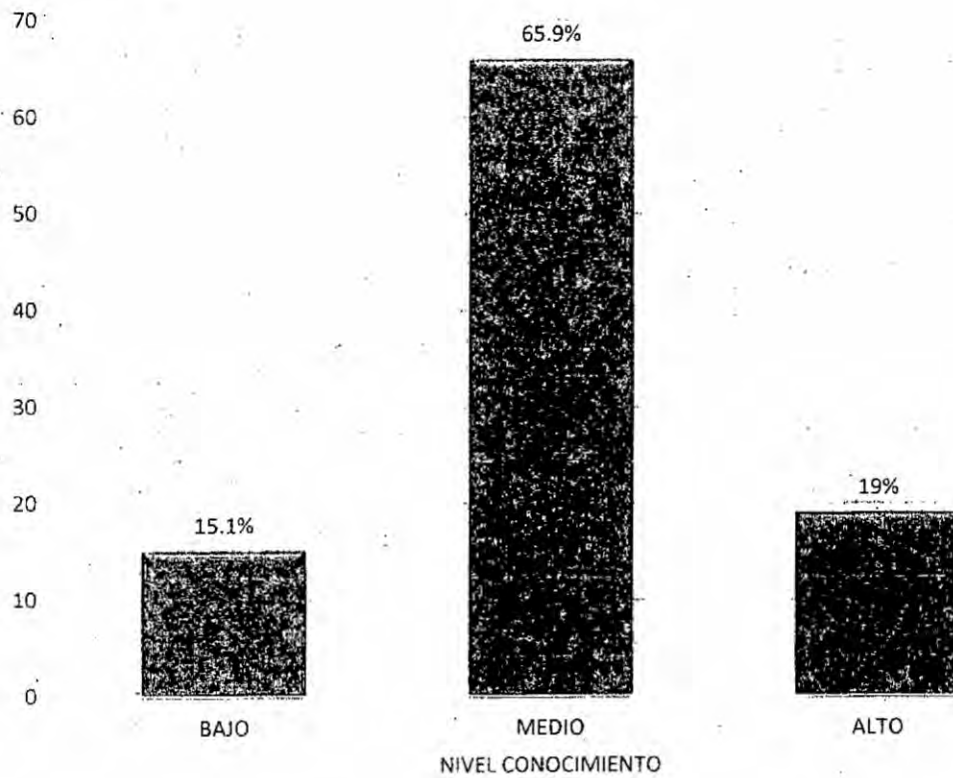
NIVEL DE CONOCIMIENTO	NUMERO	%
BAJO	19	15.1
MEDIO	83	65.9
ALTO	24	19.0
TOTAL	126	100.0

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015.

En el cuadro 5.3 se observa que del total de los pacientes el 19% presenta un nivel de conocimiento alto, 66% presenta un nivel medio y 15% presento un nivel de conocimiento bajo.

GRAFICA 5.2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES EN LOS PACIENTES
CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM
2015.**



Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015.

CUADRO 5.4

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES DE
LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HNDM 2015**

DIMENSION	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	
CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD	6	4.8	100	79.4	20	15.9	126
CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO	26	20.6	76	60.3	24	19.0	126

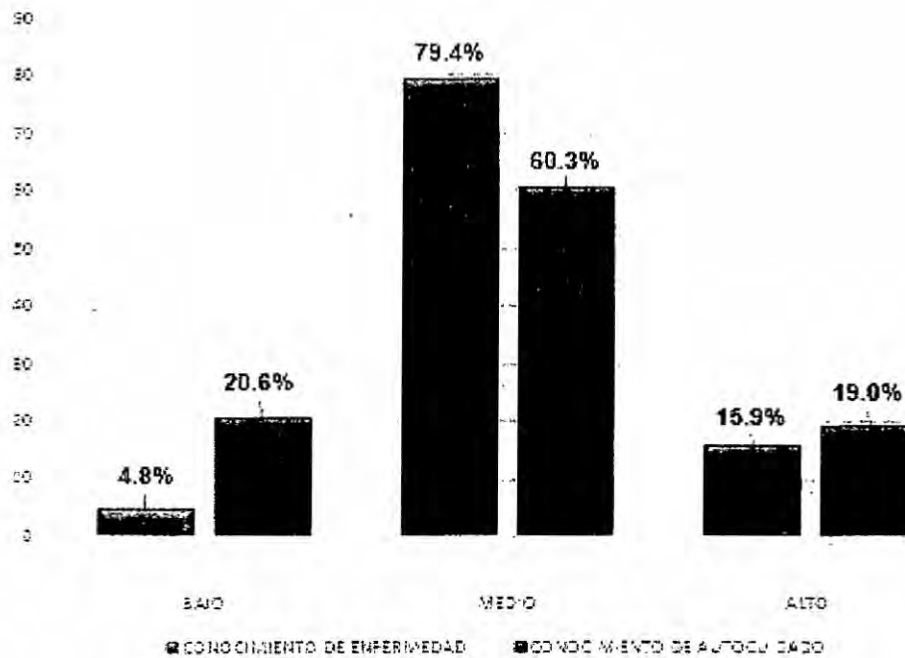
Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015

Según el cuadro 5.4 se observa que del total de pacientes del estudio en la dimensión conocimiento de enfermedad el 4.8% de pacientes tiene un nivel de conocimiento bajo, 79.4% un nivel de conocimiento medio y el 15.9% posee un nivel de conocimiento alto.

En cuanto a la dimensión conocimiento de autocuidado el 20.6% de pacientes posee nivel de conocimiento bajo, 60.9% conocimiento medio, y el 19% nivel de conocimiento alto.

GRAFICA 5.3

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES DE
LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HNDM 2015**



Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015

En la gráfica 5.3 se observa que solo el 4.8% de los pacientes con DM2 del Programa de diabetes del HNDM tiene un nivel bajo del conocimiento de la enfermedad y el 20.6% nivel bajo sobre conocimiento de autocuidado.

Solo el 19% alcanza un nivel alto de conocimiento de enfermedad a su vez el 15.9% de los pacientes alcanza un nivel alto de conocimiento de autocuidado.

Se observa predominio del nivel de conocimiento medio para ambas dimensiones 73.4% en la dimensión conocimiento de enfermedad y 60.5% en la dimensión conocimiento de autocuidado.

CUADRO 5.5

ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM 2015

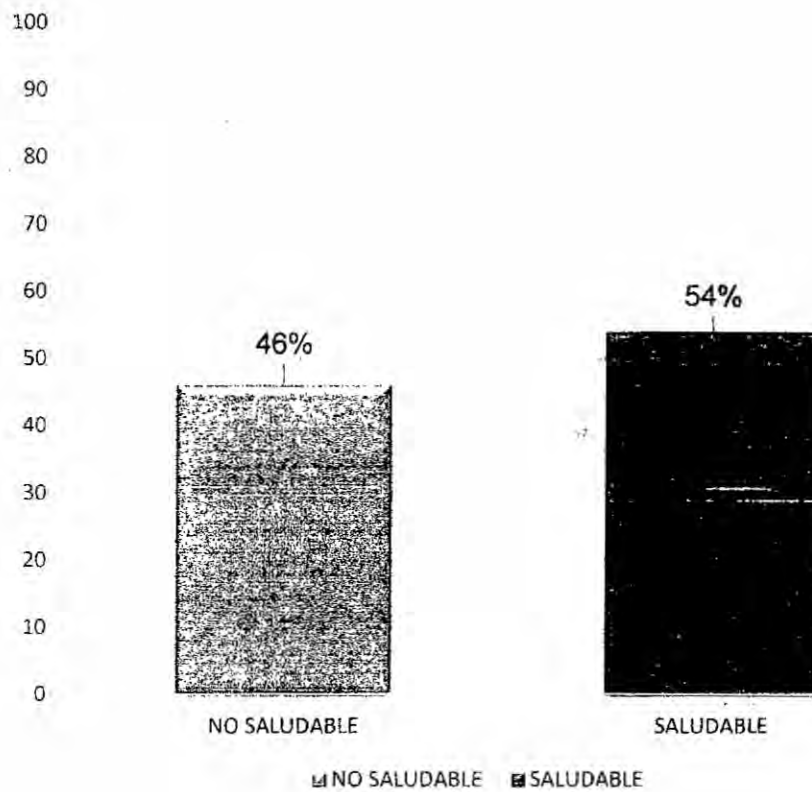
ESTILOS DE VIDA	Nº	%
NO SALUDABLE	58	46.0
SALUDABLE	68	54.0
TOTAL	126	100

Fuente: Cuestionario Estilo de Vida 2015.

En el cuadro 5.5 el 54% de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes de HNDM presento estilo de vida saludable y el 46% presento estilo de vida no saludable.

GRAFICA 5.4

ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM 2015



Fuente: Cuestionario Estilo de Vida 2015.

CUADRO 5.6

**DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON
DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM 2015**

	N°	%	N°	%	N°	%
ALIMENTACION	54	42.9	72	57.1	126	100
ACTIVIDAD FISICA	39	31.0	87	69.0	126	100
CONSUMO DE TABACO	4	3.2	122	96.8	126	100
CONSUMO DE ALCOHOL	27	21.4	99	78.6	126	100
ESTADO EMOCIONAL	43	34.1	83	65.9	126	100
INFORMACION SOBRE DIABETES	56	44.4	70	55.6	126	100
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	29	23.0	97	77.0	126	100

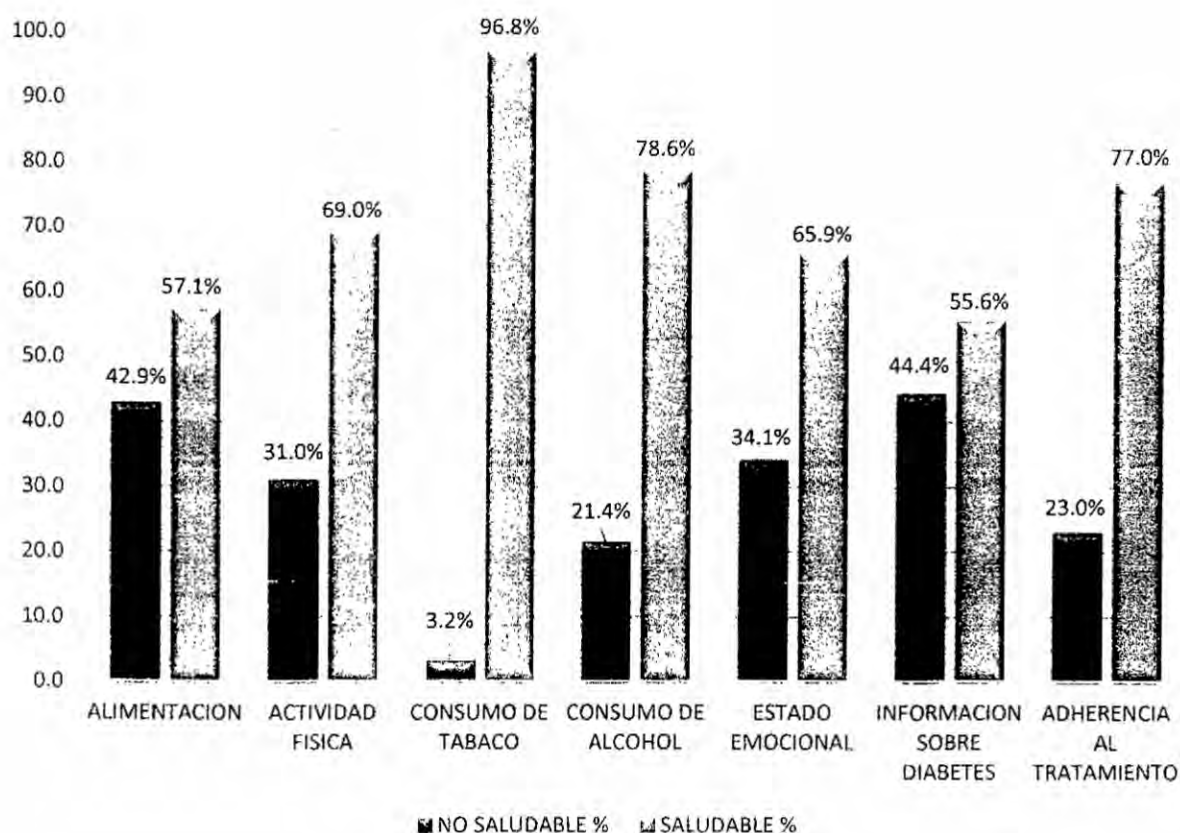
Fuente: Cuestionario Estilo de Vida 2015.

En el cuadro 5.6 se observa que el estilo de vida saludable se practicó con mayor predominio en las dimensiones Consumo de tabaco 96.8%, Consumo de alcohol 78.6% esto quiere decir que los pacientes de nuestro estudio evitaron estos hábitos nocivos en su mayoría, la dimensión adherencia al tratamiento también con el 77% de pacientes.

Asimismo el estilo de vida no saludable predominó en las dimensiones Alimentación con el 42.9% e Información sobre diabetes con el 44.4%.

GRAFICA 5.5

DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM 2015



Fuente: Cuestionario Estilo de Vida 2015.

En la gráfica 5.5 se observa que en todas las dimensiones se presentó mayoritariamente el estilo de vida saludable, hallándose el predominio sobre en la dimensión Consumo de Tabaco seguido por el consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento. Asimismo se observa predominio en el estilo de vida no saludable en las dimensiones de Alimentación, Información sobre la diabetes y Estado emocional.

CUADRO 5.7

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HNDM 2015

DATOS GENERALES		
GRADO DE INSTRUCCION	N°	%
Primaria	52	41,3
Secundaria	53	42,1
Superior	21	16,7
ESTADO CIVIL		
Casado	76	60,3
Conviviente	7	5,6
Divorciado	4	3,2
Soltero	23	18,3
Viudo	16	12,7
OCUPACION:		
Ama de casa	59	46,8
Desempleado	4	3,2
Empleado	17	13,5
Independiente	21	16,7
Jubilado	25	19,8
SEXO:		
Femenino	76	60,3

Masculino	50	39,7
EDAD		
Adulto (40-60)	50	40.0
Adulto Mayor (>60)	76	60.0
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Familiares con diabetes	57	45.2%
Padres hermanos, hijos	49	38.9%
Abuelos, tíos, primos hermanos	12	9.5%

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

En el cuadro 5.7 se observa que el grado de instrucción secundaria con el 42.1%, seguido de primaria con el 41.3%. El estado civil que prevaleció fue el casado con el 60.3%, mientras que la ocupación más frecuente fue ama de casa con el 46.8%. El 60.3% de los pacientes fue de sexo femenino. El 45.2% de los pacientes presentaron antecedentes de familiares con diabetes. En un 38.9% los familiares fueron padres, hermanos o hijos, y un 9.5% refiere que también tiene abuelos, tíos, primos hermanos con dicha enfermedad.

CAPITULO VI
DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la Hipótesis con los resultados

Hipótesis:

Hipótesis alterna

Hi: Existe relación entre nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del HNDM.

Hipótesis nula:

Ho: No existe relación entre nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del HNDM.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

Se trabajó a un nivel de significancia de 0.05 ($p < 0.05$)

Análisis de datos:

Correlaciones

			CONOCIMIENTO	ESTILOS DE VIDA
Rho de Spearman	CONOCIMIENTO	Coeficiente de correlación	1,000	,315**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	126	126
	ESTILOS DE VIDA	Coeficiente de correlación	,315**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	126	126

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015

Decisión estadística:

Como el valor de p ($p=0.000$) es inferior a 0.05 , se rechaza la hipótesis nula.

Conclusión:

El coeficiente de correlación Rho de Spearman, evidencia una correlación positiva ($Rho=0.315$) la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.000$). Lo que significa que, niveles altos de conocimiento se corresponden con niveles altos de estilos de vida, o también, niveles bajos de conocimiento se corresponden con niveles bajos de estilos de vida, lo que confirma la hipótesis de investigación.

6.2. Contratación de Resultados con otros Estudios Similares

Este estudio revela que existe relación entre nivel de conocimiento y el estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Encontramos una situación preocupante ya que solo el 19% de los pacientes es poseedor de un conocimiento alto que permita al mismo paciente tomar decisiones plenamente sobre su autocuidado. Asimismo los resultados indican que el nivel de conocimiento predominante es el medio con el 65.9% de los pacientes, dato que se contrasta con la investigación de Nidia Melgarejo Chacon en su estudio "Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP", en el cual se obtuvo como resultado que el 61.5% de los pacientes tienen un nivel intermedio de conocimientos sobre diabetes. El nivel de conocimiento medio nos indica que aún hay deficiencias en la información sobre la enfermedad y autocuidado que tiene cada paciente sobre la diabetes es decir que los pacientes aún se encuentran en proceso de formación y que no estarían aptos para tomar las decisiones más adecuadas sobre su salud.

Corbacho Armas Kelly en su investigación se encuentra que del total de pacientes, 23,0% (40/174) presentó un nivel de conocimiento bueno, 37,9%

(66/174) un nivel regular y 39,1% (68/174) presentó un nivel de conocimiento malo. En esta investigación encontramos similitud en el porcentaje de conocimiento alto. El cual nos indica que hay una proporción muy baja de pacientes que cuentan con los conocimientos suficientes para realizar su autocuidado de manera adecuada.

Según la gráfica 3 se encuentra que las dimensiones de conocimiento de diabetes poseen la misma proporción de niveles de conocimiento como en la variable conocimiento de la diabetes. Se encontró dificultad en el 30% de los pacientes ya que desconocen los órganos afectados por la complicación de la diabetes, asimismo el 45.3% desconocen los tipos de diabetes conocimiento que es importante para reconocer los factores que interaccionan con la enfermedad así como la prevención y promoción de la misma.

Noda Milla Julio Roberto en su investigación Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales observo que el 9,68% tenía el conocimiento adecuado de las posibles complicaciones de la DM y 22,6% conocía adecuadamente las complicaciones que presentaban.

Christian Estefanía Álvarez Palomeque en su investigación Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco encontró que en el 65% de los pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento insuficiente en la dimensión de prevención de complicaciones.

Con ambas investigaciones podemos determinar que los pacientes en general presentan mayor dificultad en esta área del conocimiento que es tan importante para la prevención de la enfermedad.

En cuanto a la dimensión Conocimiento de autocuidado el cual nos permite determinar si los pacientes cuentan con la información más adecuada para realizar los cuidados concernientes sobre su enfermedad se encontró dificultades en el 33% de los pacientes ya que no conocen que es la insulina, el 61.9% no conocen con qué frecuencia deben consumir sus

alimentos. (no se halla investigaciones que enuncien este dato tan alarmante ya que los pacientes con diabetes necesitan comer a intervalos regulares durante el día para mantener sus niveles de glucosa en sangre y para no sufrir de hipoglucemia), el 45.2% desconocen cuanta azúcar debe contener sus bebidas, el 60.3% no conoce con qué frecuencia debe consumir carnes magras y otras y el 34.9% desconoce cómo se debe cortar las uñas.

En la investigación Alvaro Cabeza Daylu y otros. "Factores socioculturales relacionados con el conocimiento de autocuidado del paciente diabético, programa del adulto mayor del HNDAC", sus resultados fueron que los pacientes tienen un nivel de conocimiento de autocuidado medio 55.8%. Resultados que se asemejan con los nuestros ya que el conocimiento sobre autocuidado se encuentra también en un nivel medio.

En la investigación de Noda Milla Julio Roberto, Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Más de la mitad de los pacientes desconocieron las medidas no farmacológicas (actividad física y alimentación).

De la investigación de Christian Estefanía Álvarez Palomeque el 80.5% (n=161) de la población en estudio obtuvo un nivel de conocimiento insuficiente en la dimensión conocimiento sobre dieta y tratamiento.

En ambas investigaciones citadas podemos observar que el nivel de conocimiento sobre autocuidado en relación a la alimentación es insuficiente y semejantes con nuestros resultados, considerando que la alimentación saludable y actividad física diaria, son los principales factores que favorecen la promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida, el logro de un peso corporal adecuado es un objetivo primario de tratamiento, pero incluso una pérdida limitada de peso puede que origine una regulación más adecuada de la glicemia.

En la investigación de Gack Ghelman Conocimiento de las prácticas de autocuidado de los pies de los individuos de con diabetes mellitus

atendidos en una unidad básica de salud se encontró que el 23% desconoció sobre el cuidado adecuado de los pies.

De la investigación de la Lic. Florencia Hernandez "Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40-60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán", en sus resultados se obtuvo que un 11% menciona como cuidado de las uñas realizar un corte de uñas rectas.

Ambas investigaciones presentan un porcentaje de desconocimiento pero no por ello menos importante dada la gravedad e importancia en la prevención de pie diabético. Para prevenir o evitar el avance de las complicaciones asociadas con el pie del diabético, es necesario prevenir las lesiones desde un inicio. "En cualquier etapa de la diabetes las infecciones son signo diagnóstico y amenaza importante. Las razones son múltiples y variadas, incluyendo disminución en movilidad y potencia de los macrófagos, para fagocitar las partículas infecciosas y el substrato relativamente rico por la hiperglucemia para los microorganismos. Añádanse a estos factores la disminución en la vascularización, particularmente en extremidades inferiores y causa de infecciones de mayor consideración.

El estilo de vida 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, definiéndolo como "patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad de decisión sobre las conductas más adecuadas las cuales estarán influyendo directamente en su salud.

A pesar de hallarse un predominio en el nivel de conocimiento medio se observó que el 54% de los pacientes lleva un estilo de vida saludable es decir casi el 50% de la población muestra estilos de vida saludable y estilos de vida no saludable.

Entre las dificultades halladas encontramos preocupante que el 42.9% de los pacientes practica estilos de vida no saludable en la dimensión alimentación y en la dimensión Información sobre diabetes con el 44.4% de pacientes.

De la investigación de Corbacho Armas Kelly Se observa del total de pacientes que 51,7% (90) presentó prácticas negativas de los estilos de vida; mientras que 48,3% (84) presentó prácticas positivas, esta investigación presenta similitud en los resultados del presente estudio ya que se observa que ambas prácticas de estilo de vida saludable como no saludable tienden a estar cerca del 50% del total de pacientes lo cual nos indica que el 50% de la población aun no practica un estilo de saludable y por lo tanto se encuentra en mayor riesgo de presentar complicaciones propias de un mal control de la enfermedad y los consecuentes problemas sociales y económicos que estos conllevan.

De la investigación de Christian Estefanía Álvarez Palomeque El estilo de vida que llevan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se obtuvo que el 92% (n=184) de la población tiene una estilo de vida No saludable frente al 8% (n=16) que reporta un estilo de vida Saludable.

En la investigación de Alegría Guzmán Greisy "Características sociodemográficas – clínicas y estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan, Iquitos– 2014" obtuvo como resultado que el 87,2 % de los pacientes con diabetes mellitus 2 presentaron Inadecuado estilo de vida. Ambos estudios contribuyen en explicar que a pesar de tener los mismos objetivos es decir que el paciente desarrolle un estilo de vida saludable se observe un panorama diferente donde los pacientes al presentar predominio sobre los estilo de vida no saludable estén más expuestos a desarrollar las complicaciones, además de que el nivel de estilo de vida no saludable hallado debe ser motivo de evaluación sobre las estrategias empleadas para lograr el cambio de los estilos de vida en nuestra población.

Con respecto a la dimensión estilo de vida en la alimentación El 55.6% afirmo consume azúcar, el 80.2% afirmo que agrega sal a sus alimentos. Reportamos estas cifras ya que el consumo de azúcar produce una respuesta glucémica rápida y desproporcionada con la cantidad de Hidratos de carbono ingeridos, este hecho se ha asociado con un estado de hiperinsulinismo endógeno, que agrava el mecanismo fisiopatológico de la DM2.

Es por este motivo que el azúcar es el primer alimento que se retira gradualmente en las dietas para adelgazamiento, obesidad y la DM2, por lo que es otro motivo de restricción en este tipo de pacientes y también está asociado con la aparición de caries en los pacientes con DM

En la dimensión emociones el 50% afirmo enojarse a veces y el 34.1% refirió enojarse siempre, el 61.1% se siente triste a veces y el 51.6% presento pesimismo. Cifras que non pasan desapercibidas a pesar de que se encontró que en la dimensión emociones se observó que el 65.9% presenta estilo de vida saludable .Esto se debe a que el grado de conflicto psicológico está asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo 2 experimenta, caracterizado por la presencia de recurrentes emociones negativas asociadas a problemas relacionados con el tratamiento, el plan nutricional, la relación con el profesional de la salud y la falta de apoyo social.

En cuanto a la dimensión adherencia al tratamiento el 47.6% no sigue la dieta indicada, el 41.3% afirmo olvidar la toma de sus medicamentos a veces y el 11.1% siempre. A pesar de encontrarse la dimensión adherencia al tratamiento entre las dimensiones con mayor predominio en el estilo de vida saludable es importante mencionar que un importante número de la población presenta conductas que ponen en riesgo su estado de salud.

La adherencia o cumplimiento terapéutico, es verdaderamente un problema de salud pública, y juega un papel crucial en el desarrollo de la morbimortalidad y en los procesos de prevención. La adherencia juega un papel crucial en aquellas personas que presentan condiciones de riesgo

para desarrollar en un futuro procesos de morbimortalidad. Es el caso de las recomendaciones conductuales o de cambio de hábitos de vida orientadas a abandonar hábitos de riesgo como el tabaco, alcohol, la ingesta de grasas saturadas o el sedentarismo que se hacen desde los dispositivos de atención de salud por razones preventivas.

Las tasas de no adherencia para los cambios de vida vinculados a enfermedades crónicas están alrededor de un 50%. En particular, los pacientes con diabetes tipo 2 son especialmente propensos a presentar problemas de adherencia. Esta no resulta uniforme y la investigación ha mostrado mejor adherencia para el uso de la medicación que para el cambio del estilo de vida. En diferentes estudios, se han informado tasas de adherencia de un 65% para la dieta y 19% para el ejercicio. En general, uno de los aspectos más acuciantes del control de la diabetes tipo 2 es el de garantizar que tanto las recomendaciones terapéuticas como el de cambios de estilo de vida se observen con especial cuidado.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- La presente investigación basada en sus objetivos se demostró que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida aceptando la relación significativa entre ambas variables Rho de Spearman 31.5 % (Rho=0.315)
- En el presente estudio se encontró que predomina un nivel de conocimiento medio en el 65.9 % (83) de los pacientes. Además según dimensiones se encontró que sobre el Conocimiento de la enfermedad 79.37% (100) y sobre el Conocimiento de autocuidado 60.32% (76) de los pacientes presentan un nivel de conocimiento medio respectivamente.
- Se encontró predominio del estilo de vida saludable en el 54% (68) de los pacientes, además sobre estos resultados se destaca que el 96.8% (122) no consume tabaco y el 78.6% (99) niega consumo de bebidas alcohólicas además el 77% (97) manifiesta una conducta adherente. Por el contrario se encontró también estilo de vida no saludable predominante en las dimensiones Alimentación en el 42.9% (54) e Información sobre diabetes en el 44.4% (56) de los pacientes del programa de diabetes.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

- Implementar estrategias y técnicas educativas para continuar con la mejora en el nivel de conocimiento de la enfermedad, sus cuidados y la práctica del estilo de vida saludable de los pacientes del Programa de Diabetes del HNDM.
- Brindar consejería especializada en el área de nutrición a los pacientes, según los requerimientos nutricionales de cada individuo empleando estrategias que fortalezcan la práctica de estilo de vida saludable en la alimentación.
- Brindar el soporte psicológico para la mejora del afrontamiento de la enfermedad en la población que presenta dificultades emocionales.
- Realizar el seguimiento de salud al paciente del Programa de Diabetes de modo que se logre evaluar directamente el estilo de vida en los pacientes.

CAPITULO IX

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SOCIEDAD PERUANA DE ENDOCRINOLOGÍA **Guía Peruana De Diagnóstico, Control Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2** Perú 2008
2. F.J. TEBAR MASSO **La Diabetes En La Práctica Clínica** España medica Panamericana 2009
3. FEDERACION INTERNACIONAL DE DIABETES **Atlas De La Diabetes De La FID 6°edicion**
4. SOCIEDAD PERUANA DE ENDOCRINOLOGÍA: **GUÍA PERUANA DE DIAGNOSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 -PERÚ** - Editorial Mujica y Asociados S.A.C (2008) p. 23
5. SOCIEDAD PERUANA DE ENDOCRINOLOGÍA: **GUÍA PERUANA DE DIAGNOSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 -PERÚ** - Editorial Mujica y Asociados S.A.C (2008) p. 45
6. F.J. TEBAR MASSO **La Diabetes En La Práctica Clínica** España medica Panamericana 2009 página 389
7. MINISTERIO DE SALUD **Prevención Y Control De Daños No Transmisibles.** Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2014/diabetes/index.asp> consultado el 25/04/15
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA, Perú **Enfermedades Trasmisibles y No Trasmisibles 2014** Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf, Consultado el 20-07-15.
9. Diario el comercio **Diabetes causa 7 de cada 10 amputaciones de pies y piernas** Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/diabetes-causa-7-cada-10-amputaciones-pies-y-piernas-noticia-1768941>, Consultado el 15-07-15.
10. DORA FLORENCIA HERNÁNDEZ GÓMEZ DE DUBÓN **“Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Autocuidado De Los**

- Pacientes Diabéticos De 40 A 60 Años Que Asisten A La Consulta Externa Del Hospital Nacional De Amatitlán”** Tesis para el título de licenciado en enfermería Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala 2011
11. ALAYO AGREDA ISAURA YULIANA Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013. Tesis para el Grado de Licenciatura. Peru. Universidad Privada Antenor Urrego. 2013
 12. FEDERACION INTERNACIONAL DE DIABETES **Educación Para La Diabetes** *Voice Perspectivas Mundiales De La Diabetes* Volumen (52):7, 2007 Disponible en <https://www.idf.org/diabetesvoice?language=es> consultado el 20/7/15
 13. CHRISTIAN ESTEFANÍA ÁLVAREZ PALOMEQUE **Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2** en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco. Tesis Doctoral. Mexico Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Marzo 2014
 14. OLGA EMPERATRÍZ AUCAY MOROCHO **Autocuidado En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2, Que Asisten Al Club De Diabéticos Del Centro De Salud N0 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador 2013”** tesis para optar al título de Licenciada. Ecuador Universidad de Cuenca 2013.
 15. GIMENEZ MONLEON MARTA. **Nivel de Conocimientos en Pacientes Diabéticos tipo 2.** Eficacia de una Estrategia Educativa. Tesis Magistral. España Universidad Crdenal Herrera. 2013
 16. MARÍA MERCEDES RAMÍREZ ORDOÑEZ **Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.** Tesis para optar al grado de Licenciado. Colombia. Universidad Francisco de Paula 2011.
 17. DORA FLORENCIA HERNÁNDEZ GÓMEZ DE DUBÓN **“Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta**

- externa Del Hospital Nacional De Amatitlán**". Tesis para optar al grado de Licenciado. Guatemala, Universidad De San Carlos, 2011.
18. **AMORES HERNÁNDEZ, VIRGINIA Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2**, Tesis para optar el título de Licenciatura. México, Universidad Autónoma de Querétaro 2011.
 19. **MARÍA DE LA C. CASANOVA MORENO Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2**. Tesis para optar al título de Licenciatura, Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Rio 2010.
 20. **GACK GHELMAN, L Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud**. Tesis Magistral España Universidad de Murcia 2009
 21. **ALEGRÍA GUZMÁN, GREISY "Características Sociodemográficas – Clínicas Y Estilo De Vida En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II, Del C.S. San Juan**, Tesis para optar al título de Licenciado Iquitos Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 2014.
 22. **Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013**. Tesis para el Grado de Licenciatura. Peru. Universidad Privada Antenor Urrego. 2013
 23. **MELGAREJO CHACON Nidia. "Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, 2012 Lima-Perú"**. Tesis para optar al título de Licenciado. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012.
 24. **ALVARO CABEZA DAILÚ JAMÍN "Factores socioculturales relacionados con el conocimiento de autocuidado del paciente diabético, Programa del Adulto Mayor Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, callao – 2012"** Tesis para el Grado de Licenciatura. Perú. Universidad Nacional del Callao. 2012.

25. CORBACHO ARMAS KELLY **Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus** Tesis para el grado de Licenciatura. Peru. Universidad Cayetano Heredia 2009
26. NODA MILLA, JULIO Y OTROS. . **“Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales.”** Tesis para optar al título de licenciado, Lima Universidad Nacional Cayetano Heredia 2008.
27. Liana Alicia Prado Solar **La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención Disponible** en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004. Consultado el 25/04/15.
28. ALEXANDRA GIRALDO OSORIO **La Promoción De La Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables** Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772010000100010&script=sci_arttext. Consultado el 25/04/15.
29. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA **El Conocimiento Y Sus Niveles** Disponible en:
http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/lecciones/cap_2/su_b5.html Consultado el 30/06/15
30. C.TORES BARDALES **Metodología de la Investigación Científica** Sexta Edición. Editorial San Marcos.
31. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD **Diabetes**. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> articulo web. Consultada el 15 de enero del 2015.
32. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ **.La Diabetes en la Práctica Clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p.45
33. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ **.La Diabetes en la Práctica Clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p.5
34. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ **.La Diabetes en la Práctica Clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p.6

35. INSTITUTO CARLOS SLIM. **Manual de Diabetes**. Disponible en: http://www.salud.carlosslim.org/manuales_cliki/profesionales/Cliki_Prof_DiabetesMellitus.pdf. Consultado el: 25 de Enero 2015.
36. OPS. **Paso a Paso en la Educación y el Control de la Diabetes: Pautas de Atención Integral**. Washington (EE.UU) 2009 p. 34-38. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Paso_a_paso.pdf. Consultado el 2 de abril del 2014
37. ALAD. **Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Tipo 2. 2006**. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/medicinadeportiva/files/2012/04/Guias-ALAD-DIABETES-MELLITUS-Tipo2.pdf>. Consultado el 2 de abril 2014
38. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ. **La Diabetes en la Práctica Clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p. 87-91
39. FRANCISCO JAVIER AMPUDIA Y OTROS. **Diabetes y Ejercicio**. Barcelona: Editorial Mayo; 2011; p. 3-43
40. BASILIO MORENO ESTEBAN Y OTROS. **Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas**. Madrid. 2007; p. 182-183
41. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ. **La Diabetes en la Práctica Clínica**. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009; p.92
42. JIMÉNEZ, M. Y DÁVILA, M. **Psicodiabetes: Avances en psicología Latinoamericana** 2007. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N1/10_Psicodiabetes_aplVol25N1.pdf Consultado en febrero de 2014
43. ELIZABETH SALINAS CRUZ. **Adherencia terapéutica**. México 2012 [En línea]. Vol. 11, N°2, p. 102-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>. Consultado el 6 de enero del 2014.
44. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. **ATLAS de la DIABETES de la FID 6° Edición Glosario**. Disponible: https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf. Consultado el 20 de Febrero 2015

45. CARLOS ANDRÉS PINEDA - **Síndrome metabólico: definición, historia, criterios** Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc08013>
Consultado el 3 de Enero 2015.
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD **Obesidad y Sobrepeso.** Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Consultado el 07 de Febrero 2015
47. ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES (ALAD) **Consenso de Prediabetes** Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/PREDIABETES.pdf> Consultado el 4 de Febrero 2015
48. OMS **Información sobre el Programa de Diabetes.** Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/goal/es/>. Consultado el 25/04/15.

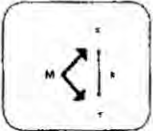
ANEXO

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2015

PROBLEMA	METODOLOGIA				
<p>¿CUÁL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO?</p> <p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionar el nivel conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM. <p>Objetivo Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de conocimiento de diabetes de los pacientes con diabetes 	<p>VARIABLES</p> <p>NIVEL CONOCIMIENTO DE DIABETES (VARIABLE 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de enfermedad - Conocimiento de autocuidado 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El tipo de investigación será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo - Descriptivo. - Correlacional - Transversal <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</p> <p>Esta investigación es no experimental porque toma los datos tal como se presentan y no presenta grupo de</p>	<p>POBLACIÓN Y MUESTRA:</p> <p>La población de estudio está constituida por los pacientes con Diabetes tipo II que asisten al Taller Educativo del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo según los registros de asistencia al Taller Educativo durante los meses de Marzo a Mayo haciendo un total de 188 personas afectadas por la Diabetes.</p> <p>Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Criterios de Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas que cuenten con el diagnóstico de Diabetes tipo II y asistan al Taller educativo del Programa de Diabetes del HNDM. 	<p>TÉCNICA E INSTRUMENTO:</p> <p>TÉCNICA:</p> <p>Para la recolección de datos se utilizará la encuesta, porque nos permitirá obtener información de nuestras variables de estudio, proporcionados.</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Se utilizaron como instrumentos 2 cuestionarios que nos permitirán obtener respuestas sobre el problema de estudio, la aplicación de ambos instrumentos tomara el tiempo de 30 minutos.</p> <p>Para medir el nivel de conocimientos se utilizará Cuestionario Conocimiento de diabetes: Presenta un total de 28 ítems, de respuestas cerradas con 4 alternativas de</p>	<p>ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS</p> <p>Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS Versión 18.0 para su análisis.</p> <p>Para determinar la relación entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II del programa de diabetes del HNDM se obtuvo el coeficiente de correlación entre dichas variables. Para la selección de la prueba estadística se evaluó previamente el requisito de distribución normal de ambas variables. Dado que no se</p>

<p>tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM. - Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de diabetes y el estilo de vida de los pacientes del Programa de Diabetes del HNDM. <p>Hipótesis General y Especifica</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.</p>	<p>ESTILO DE VIDA</p> <p>(VARIABLE 2)</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Actividad Física - Consumo de Tabaco - Consumo de Alcohol - Estado Emocional - Información sobre diabetes - Adherencia al tratamiento 	<p>correspondiente ni experimental.</p> <p>El esquema es:</p>  <p>Dónde:</p> <p>X: Conocimiento de Diabetes</p> <p>Y: Estilo de vida</p> <p>R: Relación entre El Nivel de Conocimiento de la diabetes y el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II del Programa de Diabetes del HNDM.</p> <p>m: tamaño de muestra</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que tengan registrado en la cartilla mínimo 2 asistencias al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNDM. - Pacientes que brinden su conformidad voluntariamente por medio de la firma del consentimiento informado. <p>Criterios de Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que asisten al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNDM que presenten alguna discapacidad mental o física que no permita el desarrollo de la investigación. - Pacientes que asisten al Taller Educativo del Programa de Diabetes del HNDM que presenten Analfabetismo. <p>Fórmula para el cálculo de muestra de Poblaciones Finitas</p> $n = \frac{Z^2 p.q. N}{e^2 (N-1) + Z^2 p.q.}$ $n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (188)}{(0.05)^2 (188-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$ <p>n= 126</p>	<p>respuesta donde solo una respuesta es correcta y las restantes incorrectas.</p> <p>Como segundo instrumento se empleara el Cuestionario Estilo de vida: Presenta un total 27 ítems, de respuestas cerradas y abiertas, calificación de 3 a 1, donde: 3 correcto – 2 parcialmente correcto – 1 incorrecto. A excepción de las preguntas 8-12 y 15 donde la respuesta correcta tiene el valor de 1 punto y los ítems: 9-13-14-16-17-18, los cuales no se cuantifican pero tiene valor descriptivo.</p>	<p>cumplió dicho requisito se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.</p> <p>Para identificar el nivel de conocimiento y el estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia según las escalas de clasificación de los instrumentos.</p> <p>Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05. Los resultados fueron presentados en tablas, cuadros y gráficos.</p>
--	--	---	--	---	--

ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....; paciente del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo he sido debidamente informado por las bachilleres de enfermería de la Universidad Nacional del Callao, sobre el Proyecto de Investigación: "Relación entre el Nivel de conocimiento de la Diabetes tipo II y el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Tipo II del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015" para el que se realizara dos encuestas en el tiempo de 30 minutos, las encuestas se asignaran al azar a 126 pacientes del Taller Educativo del Programa de Diabetes. Además se me informo que la investigación tiene por objetivo hallar la relación entre el Nivel de conocimiento de la diabetes y el estilo de vida de los pacientes del Programa de Diabetes.

En caso de requerir información adicional en relación al protocolo o en relación a sus derechos, así como en caso de injurias relacionadas a la investigación contactar Al autor responsable de la Investigación: Bach. Mariella Benavides Perez cel: 987346269 email: marielabenavis@gmail.com o a la Presidenta del comité de ética en investigación Biomédica del Hospital nacional Dos de Mayo: Lic. Medalit Lucho Cabillas teléfono 3280028 anexo 8234 correo comité.etica.hndm@gmail.com

Asimismo he recibido respuesta a todas mis preguntas, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria, firmando el presente para que así conste.

.....
Firma del participante
DNI:

ANEXO N° 3

ESTILO DE VIDA

Instructivo:

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de personas con diabetes tipo2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una equis (X) en el cuadro que contenga la respuesta deseada. Le suplicamos responder todas las preguntas.

DATOS GENERALES

Edad: Sexo: F M Estado civil:

Grado de instrucción:

N° de Sesiones a las que ha asistido Ud. según cartilla:

Ocupación:

Peso:

Talla:

❖ Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a algunos de sus familiares allegados u otros parientes

- a) No
- b) Si (Padres, hermanos e hijos)
- c) Si (abuelo, tíos, primos hermanos)

1. ¿Le añade azúcar a sus bebidas?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

2. ¿Le agrega sal al plato servido?

- a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

3. ¿Cuántas veces al día come usted?

a) 2 veces al día

b) 3 a 4 veces al día

c) 5 veces al día. (O más si se fracciona por indicación médica)

4. ¿Con que frecuencia suele incluir papa, arroz o fideos en sus comidas?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

5. ¿Con que frecuencia come verduras?

a) Diario

b) Interdiario

c) No tan a menudo.

6. ¿Con que frecuencia come frutas?

a) Diario

b) Interdiario

c) No tan a menudo.

7. ¿Con que frecuencia come carnes?

a) Diario

b) Interdiario

c) No tan a menudo.

8. ¿Realiza usted ejercicio?

a) Si b) No

En caso que su respuesta sea **NO** ignore la pregunta 9, 10 y 11

9. ¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?

- a) Caminata
- b) Trotar
- c) Otros:.....

10. ¿Qué tiempo dura el ejercicio que usted realiza?

- a) 10 minutos
- b) 30 minutos
- c) De 30 a 60 minutos (indicado por mi médico)

11. ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) No tan a menudo.

12. ¿Usted fuma?

- a) Si
- b) No

En caso que su respuesta sea **NO** ignore la pregunta 13 y 14

13. ¿Con qué frecuencia fuma?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) No tan a menudo.

14. ¿Cuántos cigarros consume en cada ocasión?

- a) 1
- b) 2 a 3
- c) más de 4

15. ¿Usted bebe alcohol?

- a) Si

B) No

En caso que su respuesta sea **NO** ignore las preguntas 16, 17 y 18

16. ¿Qué bebida alcohólica consume?

- a) Vino
- b) Cerveza
- c) otros:.....

17. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) No tan a menudo.

18. ¿Cuántos vasos de alcohol consume en cada ocasión?

- a) 1 a 3
- b) 4 a 5
- c) más de 5 vasos

19. ¿A cuántas charlas del Programa de Diabetes ha asistido al mes?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) más de 3 veces

20. ¿Trata de tener información sobre la diabetes?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

21. ¿Se enoja con facilidad?

- a) Siempre
- b) A veces

c) Nunca

22. ¿Se siente triste?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

23. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

24. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

25. ¿Sigue la dieta indicada?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

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

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

27. ¿Sigue las instrucciones médicas que le indicaron para su cuidado?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO EN LA DIABETES

Estimado paciente:

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la respuesta que Ud. crea correcta.

1.- ¿Qué es la Diabetes?

- a) Es una enfermedad que produce el aumento del azúcar en la sangre
- b) Es el aumento del colesterol en la sangre
- c) Es el aumento de la presión arterial
- d) Es el aumento de proteína en la orina

2.- ¿Cuáles son los tipos de diabetes?

- a) Diabetes tipo I y II
- b) Diabetes tipo I, II y Gestacional (en el embarazo).
- c) Diabetes tipo I, II, Gestacional y Emotiva
- d) Ninguna

3.- ¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la diabetes?

- a) Sed, sudoración y fiebre
- b) Hambre, fiebre y tos
- c) Sed, hambre y necesidad frecuente de orinar
- d) Necesidad frecuente de orinar, fiebre y sueño

4.- ¿Cómo se diagnostica la diabetes?

- a) Radiografía
- b) Prueba de sangre
- c) Biopsia
- d) Solo con los síntomas

5.- ¿Que órganos del cuerpo humano principalmente puede afectar la diabetes?

- a) Riñón, ojos y corazón.
- b) Riñón, pies, cabeza
- c) Cabeza, ojos, pies
- d) Ninguna de las anteriores.

6.- ¿Que es la insulina?

- a) Es un medicamento que permite medir la glucosa
- b) Es una hormona que regula los niveles de la glucosa en sangre
- c) Mantiene los niveles altos de glucosa.
- d) Es una sustancia de la orina

7.- ¿Cuál es la parte del cuerpo más común para la aplicación de la insulina?

- a) Hombro
- b) Glúteos
- c) Piernas
- d) Abdomen

8.- ¿Cuál es la principal medida para el tratamiento y control de la diabetes?

- a) Administración de insulina y cirugía
- b) Tomar el tratamiento cada día
- c) Cumplir el tratamiento y realizar cambios en el estilo de vida
- d) Terapia y cirugía

9. ¿Cuándo debe controlarse la glucosa en sangre?

- a) Según indicación medica
- b) Una vez al año
- c) Cuando tenga tiempo
- d) No sé

e) 10. ¿Cuál es el nivel normal de azúcar en sangre en ayunas?

- a) 110-180 mg /dl
- b) 40-80 mg /dl
- c) 70-100 mg /dl
- d) Mayor de 150 mg /dl

11.- ¿Con que frecuencia debe tomar alimentos el paciente con diabetes?

- a) Cada vez que sienta hambre
- b) Solo una vez al día
- c) Dos a tres veces al día
- d) Cuatro a cinco veces al día

12.- ¿Qué tipo de preparación deben tener las carnes en la alimentación?

- a) Fritura
- b) Sancochado
- c) Aderezado
- d) No sé

13.- ¿Qué nivel de azúcar deben contener las bebidas del paciente con diabetes?

- a) Normal de azúcar
- b) Bajo de azúcar
- c) Alto de azúcar
- d) Nada de azúcar

14.- ¿Para qué sirve la dieta indicada al paciente con diabetes?

- a) Para mantener un buen nivel de azúcar en sangre
- b) Para disminuir de peso
- c) Para que suba de peso
- d) Para elevar el azúcar en su sangre

15. ¿Con que frecuencia se debe consumir verduras, hortalizas, frutas y cereales el paciente con diabetes?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Mensual
- d) Ninguno

16. ¿Con que frecuencia se debe consumir pescado, pollo y carnes magras el paciente con diabetes?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Dos veces a la semana

17 - ¿Qué tipo de ejercicio debe realizar el paciente con diabetes?

- a) Caminata
- b) Correr
- c) Trotar
- d) Ninguna

18.- ¿Cuánto es el tiempo minimo que debe realizar ejercicio el paciente con diabetes?

- a) 30 minutos al día
- b) 1 hora al día
- c) 2 horas al día
- d) Ninguna

19. ¿Por qué es importante el cuidado de la vista?

- a) Puede aparecer un urzuelo
- b) Puede aparecer conjuntivitis
- c) Para prevenir la ceguera
- d) No sé

20. -¿Con que frecuencia se debe realizar la consulta oftalmológica?

- a) Cuando sienta molestia en los ojos
- b) Mensualmente
- c) Mínimo una vez al año
- d) Ninguna de las anteriores

21. ¿Porque es importante el cuidado de los pies?

- a) Mantiene limpio
- b) Para prevenir el pie diabético
- c) Relaja
- d) No sé

22. ¿Con qué frecuencia se debe revisar los pies?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Ninguna de las anteriores

23. ¿Con qué frecuencia se debe lavar los pies?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Ninguna de las anteriores

24. ¿Para lavarse los pies utilizara el agua:

- a) fría
- b) caliente
- c) helada
- d) tibia

25. ¿Para retirar los desechos o suciedad de los pies, utiliza agua, jabón y se fricciona la piel de la siguiente forma:

- a) Fuertemente para retirar los desechos con rapidez
- b) Suavemente en forma circular para retirar los desechos
- c) Fuertemente para retirar con mayor facilidad
- d) simplemente no se fricciona

26. ¿Cómo se debe cortar las uñas?

- a) En forma recta
- b) En forma ovalada
- c) En forma cuadrada
- d) No sé

27. ¿Cuál es el tipo de calzado que debe utilizar?

- a) Abierto
- b) Cerrado y ajustado
- c) Cerrado y holgado
- d) No sé

28. ¿Qué hábitos nocivos se debe evitar en el paciente diabético?

- a) Consumo de alcohol
- b) Consumo de cigarros
- c) No sé
- d) a y b

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

RELACION ENTRE EL NIVEL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES Y EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2015.

ITEM	PREGUNTA	APRECIACION		SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitaran el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionaran con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?			
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma y Sello

ANEXO N° 5

VALIDACION

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL:

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8	P VALOR
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
11	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado:

- 1: si la respuesta es positiva
- 0: si la respuesta es negativa

Si $P < 0.05$ el grado de concordancia es significativa, por lo tanto tenemos que el grado de concordancia es significativo

ANEXO N° 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO SEGÚN EL ESTADÍSTICO KUDDER ROCHARDSON

Según el estadístico Kuder Richardson (KR=0.730) el instrumento resulto confiable (KR>0.7).

$$KR20 = \frac{K}{K-1} * \frac{VAR - \sum (P1 * Q1)}{VAR}$$

p_i = proporción de éxito para cada pregunta.

Q_i = proporción de incidente para cada pregunta.

$p_i Q_i$ = variación de cada pregunta.

VAR= variación de los puntajes totales

K= numero de ítems

$$\sum(P*Q) = 4.33$$

$$K = 28$$

$$VAR = 16.63$$

$$KR20 = 0.730$$

ANEXO N° 7

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO QUE MIDE ESTILOS DE VIDA SEGÚN EL ESTADÍSTICO KUDDER ROCHARDSON

Según el estadístico Alfa de Cronbach (Alfa=0.777) el instrumento resulto confiable (KR>0.7).

TABLA DE MATRIZ GENERAL DE CONOCIMIENTO

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Qué es la Diabetes?	20,51	11,692	,046	,676
¿Cuáles son los tipos de diabetes?	21,21	10,789	,296	,659
¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la diabetes?	20,56	11,240	,226	,666
¿Cómo se diagnostica la diabetes?	20,46	11,738	,117	,674
¿Qué órganos del cuerpo humano principalmente puede afectar la diabetes?	20,75	11,499	,034	,684
¿Que es la insulina?	20,79	10,762	,268	,661
¿Cuál es la parte del cuerpo más común para la aplicación de la insulina?	20,60	11,617	,029	,681
¿Cuál es la principal medida para el tratamiento y control de la diabetes?	20,69	10,711	,330	,656
¿Cuándo debe controlarse la glucosa en sangre?	20,65	11,221	,163	,671
¿Cuál es el nivel normal de azúcar en sangre en ayunas?	20,67	10,960	,252	,663
¿Con que frecuencia debe tomar alimentos el paciente con diabetes?	21,07	10,739	,263	,662
¿Qué tipo de preparación deben tener las carnes en la alimentación?	20,58	11,366	,151	,671
¿Qué nivel de azúcar deben contener las bebidas del paciente con diabetes?	20,90	10,711	,262	,662
¿Para qué sirve la dieta indicada al paciente con diabetes?	20,60	10,899	,343	,657
¿Con que frecuencia se debe consumir verduras, hortalizas, frutas y cereales el paciente con diabetes?	20,57	11,175	,247	,664
¿Con que frecuencia se debe consumir pescado, pollo y carnes magras el paciente con diabetes?	21,06	11,477	,030	,686
¿Qué tipo de ejercicio debe realizar el paciente con diabetes?	20,57	11,399	,143	,672
¿Cuánto es el tiempo que debe realizar ejercicio el paciente con diabetes?	20,63	11,164	,200	,668
¿Por qué es importante el cuidado de la vista?	20,53	11,323	,231	,666
¿Con que frecuencia se debe realizar la consulta oftalmológica?	20,73	11,159	,152	,673
¿Porque es importante el cuidado de los pies?	20,53	11,035	,393	,657
¿Con que frecuencia se debe revisar los pies?	20,61	10,640	,436	,648
¿Con que frecuencia se debe lavar los pies?	20,60	10,673	,433	,649
Para lavarse los pies utilizara el agua	20,83	10,689	,281	,660
¿Para retirar los desechos o suciedad de los pies, utiliza agua, jabón y se fricciona la piel de la siguiente forma:	20,58	11,206	,224	,666
¿Cómo se debe cortar las uñas?	20,80	10,800	,251	,663
¿Cuál es el tipo de calzado que debe utilizar?	20,63	11,210	,176	,670
¿Qué hábitos nocivos se debe evitar en el paciente diabético?	20,50	11,500	,188	,669

ANEXO N° 8

TABLA DE MATRIZ GENERAL
TABLA DE MATRIZ DE CONOCIMIENTO DE DIABETES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
PREG	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	24	16
2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	15	10
3	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	2
4	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	16	2
5	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	20	4
6	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	24	10
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	26	2
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	20	2
9	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	21	20
10	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	6
11	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	20	7
12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	26	8
13	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	16	2
14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	20
15	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	18	5
16	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	22	4
17	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	22	20
18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	18	10
19	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	16	4
20	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	19	4
21	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	15
22	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	23	3
23	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	15	2
24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	7
25	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21	24
26	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	17	5
27	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	17	2
28	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	21	2
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	25	14
30	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	22	2
31	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	18	5
32	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	18	2
33	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	22	2
34	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	15	2
35	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	20	2
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	25	4
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	24	20
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	26	2
39	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	19	2
40	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	23	50
41	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	22	2
42	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	23	10
43	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	21	3
44	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	4
45	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	19	2

46	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	16	2	
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	27	10	
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	12	
49	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	20	3		
50	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	24	4		
51	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	21	6		
52	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	27	2		
53	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21	5		
54	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	22	8		
55	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	20	7		
56	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	13	20	
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	4		
58	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	8		
59	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	10		
60	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	27	6	
61	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	24	2		
62	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	16	3	
63	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	18	2	
64	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	3	
65	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	4		
66	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	4		
67	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	19	2	
68	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	24	10		
69	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	10		
70	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	24	5	
71	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	24	3		
72	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	19	2	
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	10		
74	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	16	2	
75	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	20	
76	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18	2	
77	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	2	
78	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	21	2	
79	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	19	2	
80	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	2	
81	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	23	3	
82	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	19	3
83	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18	2	
84	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	21	2	
85	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	22	2	
86	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	10	
87	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21	6	
88	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	15	8
89	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	7	
90	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	24	24
91	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	23	5	
92	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	27	2	
93	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	24	2	
94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	25	14	
95	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	22	2	
96	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	25	4	
97	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	22	2	

TABLA DE MATRIZ DE ESTILO DE VIDA

PREG	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E10	E11	E12	E15	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	TE	EDAD	SEXO	ESTAD	OCUPACION	Nº	E9	E13	E14	E16	E17	E18					
1	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	1	1	3	3	2	1	2	3	2	2	3	47	51	F	16	SEC	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	3	3	1	2	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	50	70	M	10	SEC	C	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
3	2	2	3	2	3	3	0	1	1	3	1	1	2	3	2	1	2	3	2	3	2	42	75	F	2	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	2	2	1	2	2	2	3	0	0	0	0	0	3	3	2	2	3	2	3	3	3	38	41	M	2	SUP	D	1	1	1	0	0	0	0	0	0		
5	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	1	3	2	1	2	3	3	3	3	43	70	F	4	PRIM	S	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
6	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	3	3	1	2	1	3	2	2	3	42	61	F	10	SEC	D	1	0	1	0	0	0	0	0	0		
7	1	2	3	2	3	3	1	0	0	0	1	1	3	3	1	1	2	2	2	1	2	34	54	F	2	SEC	V	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
8	2	2	3	1	3	3	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	3	2	3	3	41	47	M	2	SEC	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	3	2	3	2	0	0	0	1	2	3	1	1	3	3	1	2	2	3	2	3	3	40	47	M	20	SEC	C	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
10	2	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	1	3	2	1	1	1	3	2	2	3	42	59	F	6	SEC	S	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
11	2	2	3	2	3	3	2	0	0	0	1	1	3	2	3	3	2	3	2	2	3	42	71	M	7	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	3	2	3	3	51	79	F	8	SUP	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	1	0	2	2	1	2	2	3	3	1	2	43	64	M	2	SEC	V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	3	46	76	F	20	SEC	CON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	0	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	52	54	F	5	PRIM	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	3	2	3	2	3	3	3	1	2	1	1	0	3	3	2	2	2	3	2	3	3	47	68	M	4	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	2	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	1	2	3	1	3	3	3	2	3	3	49	58	F	20	PRIM	C	1	0	1	0	0	0	0	0	0		
18	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	3	1	3	3	3	51	71	F	10	SEC	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	0	3	2	1	2	3	3	3	1	3	48	67	M	4	SEC	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	3	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	45	67	F	4	SEC	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	2	2	3	3	1	2	2	1	1	2	1	0	3	3	2	3	3	2	2	2	3	43	55	F	15	SUP	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	1	1	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	3	3	2	2	1	3	3	2	3	40	72	F	3	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	1	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	0	3	3	0	0	0	3	3	3	3	41	59	M	2	SEC	CON	1	1	1	0	0	0	0	0	0		
24	2	1	3	2	3	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	44	63	F	7	SEC	V	1	1	1	0	0	0	0	0	0		
25	2	2	3	3	3	3	3	1	3	2	1	0	3	2	3	2	3	3	3	1	3	49	80	M	24	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
26	2	2	3	2	3	3	2	1	1	3	1	1	3	3	2	2	3	3	2	2	2	46	78	M	5	PRIM	C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

27	1	1	3	3	3	2	2	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2	3	2	3	2	41	54	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	27	3	0	0	0	0	0
28	1	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	2	2	2	2	3	3	46	77	M	2	SUP	C	1	1	0	JUBILLADO	28	1	0	0	0	0	0
29	2	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	51	60	F	14	SUP	V	1	1	1	AMA DE CASA	29	3	0	0	0	0	0
30	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	1	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	46	58	F	2	SEC	C	0	0	0	AMA DE CASA	30	1	0	0	0	0	0
31	1	1	3	1	3	3	3	1	3	3	1	1	1	3	1	0	1	3	2	1	3	39	70	M	5	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	31	3	0	0	0	0	0
32	1	2	3	3	3	3	1	1	2	2	1	0	1	3	2	1	2	3	3	1	3	41	81	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	32	3	0	0	3	3	3
33	3	1	3	2	3	3	1	0	0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	40	60	F	2	SUP	C	0	0	0	AMA DE CASA	33	0	0	0	0	0	0
34	1	1	3	3	1	1	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	26	52	M	2	PRIM	V	0	0	0	DESEMPLEADO	34	0	0	0	0	0	0
35	3	3	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	49	57	M	2	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	35	2	0	0	0	0	0
36	2	1	3	2	3	3	1	1	1	3	1	0	3	2	2	2	2	3	3	3	3	44	42	M	4	SEC	C	1	0	1	EMPLEADO	36	3	0	0	2	3	2
37	3	2	3	2	3	3	2	1	2	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	52	69	M	20	PRIM	S	0	0	0	JUBILLADO	37	3	0	0	0	0	0
38	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	2	1	3	2	2	3	48	62	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	38	3	0	0	0	0	0
39	2	2	3	2	2	3	3	0	0	0	0	1	1	2	1	2	2	3	2	1	3	35	72	M	2	PRIM	V	0	0	0	INDEPENDIENTE	39	0	2	3	0	0	0
40	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	3	3	52	64	F	50	SEC	C	0	0	0	AMA DE CASA	40	3	0	0	0	0	0
41	3	1	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	37	53	F	2	SUP	V	1	0	1	AMA DE CASA	41	1	0	0	0	0	0
42	2	3	3	2	2	3	3	0	0	0	1	0	3	2	1	2	2	3	2	2	3	39	64	F	10	PRIM	S	0	0	0	AMA DE CASA	42	0	0	0	2	3	2
43	3	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	3	2	1	1	1	3	3	3	3	41	67	F	3	SEC	C	0	0	0	JUBILLADO	43	0	0	0	0	0	0
44	2	3	3	2	3	3	2	1	2	3	1	1	3	3	2	2	3	2	2	3	3	49	62	M	4	PRIM	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	44	3	0	0	0	0	0
45	2	2	3	2	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	2	2	3	2	3	2	46	57	F	2	PRIM	V	0	0	0	AMA DE CASA	45	1	0	0	0	0	0
46	1	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	0	1	1	2	2	2	3	2	2	2	39	64	F	2	SUP	S	1	1	0	AMA DE CASA	46	3	0	0	2	3	3
47	3	1	3	2	3	3	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	45	75	M	10	SUP	C	0	0	0	JUBILLADO	47	3	0	0	0	0	0
48	3	2	3	3	3	3	1	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	49	56	F	12	PRIM	C	0	0	0	EMPLEADO	48	3	0	0	0	0	0
49	3	2	3	3	3	3	2	1	2	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	51	72	M	3	SUP	C	1	1	0	JUBILLADO	49	1	0	0	0	0	0
50	2	2	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	3	3	1	2	2	3	2	3	3	45	75	F	4	SEC	V	0	0	0	JUBILLADO	50	3	0	0	0	0	0
51	2	2	3	3	2	3	1	1	2	3	1	1	3	3	2	1	2	2	2	3	3	45	62	M	6	SEC	C	0	0	0	DESEMPLEADO	51	3	0	0	0	0	0
52	3	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	0	1	3	1	2	2	3	3	1	2	38	69	F	2	SEC	V	1	0	1	JUBILLADO	52	0	0	0	2	3	1
53	2	2	3	3	3	3	1	0	0	0	1	1	1	3	1	1	2	3	3	3	3	39	60	F	5	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	53	0	0	0	0	0	0
54	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	3	3	3	3	49	52	M	8	PRIM	C	1	1	0	EMPLEADO	54	1	0	0	0	0	0
55	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	1	0	1	3	2	3	2	3	2	2	3	48	57	F	7	SEC	S	0	0	0	AMA DE CASA	55	3	0	0	2	3	1
56	2	2	3	2	3	3	3	0	0	0	1	1	1	3	2	1	1	3	3	2	3	39	41	M	20	SEC	D	1	1	0	EMPLEADO	56	0	0	0	0	0	0

57	2	2	1	2	1	1	3	0	0	0	1	0	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	38	47	F	4	SEC	S	1	1	0	AMA DE CASA	57	0	0	0	3	3	3
58	3	2	3	2	3	3	2	1	2	3	1	0	3	3	1	2	2	3	2	3	3	3	47	58	M	8	SEC	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	58	3	0	0	3	3	3
59	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	1	0	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	50	67	M	10	SEC	C	1	1	0	JUBILLADO	59	3	0	0	2	3	3
60	1	2	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	41	63	F	6	SEC	C	1	1	0	AMA DE CASA	60	3	0	0	0	0	0
61	2	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	1	3	1	2	2	3	2	1	2	2	37	63	F	2	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	61	0	0	0	0	0	0
62	2	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	48	60	F	3	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	62	3	0	0	0	0	0
63	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	3	3	2	3	3	1	2	2	49	62	M	2	PRIM	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	63	3	0	0	0	0	0
64	3	2	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	1	3	1	2	2	3	2	2	3	3	44	46	F	3	SEC	S	0	0	0	AMA DE CASA	64	3	0	0	0	0	0
65	2	2	3	2	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	1	2	2	3	2	2	2	2	46	56	F	4	SEC	C	0	0	0	AMA DE CASA	65	1	0	0	0	0	0
66	2	3	3	3	3	3	0	1	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3	2	3	3	3	45	67	F	4	PRIM	V	1	1	0	AMA DE CASA	66	3	0	0	0	0	0
67	1	1	3	2	3	3	2	1	3	3	1	1	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	46	65	F	2	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	67	2	0	0	0	0	0
68	2	1	3	3	3	3	2	1	2	3	1	0	3	3	1	1	2	3	2	3	3	3	45	59	F	10	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	68	3	0	0	2	3	3
69	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	50	50	M	10	SEC	S	0	0	0	INDEPENDIENTE	69	3	0	0	0	0	0
70	3	2	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	49	54	F	5	SEC	C	0	0	0	AMA DE CASA	70	3	0	0	0	0	0
71	3	1	3	3	3	3	0	0	0	0	1	0	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	39	61	F	3	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	71	0	0	0	2	3	1
72	2	3	3	2	3	3	1	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	36	67	M	2	PRIM	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	72	0	0	0	0	0	0
73	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	2	3	2	2	1	3	3	3	3	3	48	58	F	10	SEC	C	1	1	0	AMA DE CASA	73	3	0	0	0	0	0
74	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	2	3	1	2	1	3	2	3	3	3	47	64	F	2	PRIM	CONV	0	0	0	AMA DE CASA	74	3	0	0	0	0	0
75	2	2	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	2	3	1	1	1	3	2	2	3	3	38	56	F	20	SEC	S	0	0	0	AMA DE CASA	75	0	0	0	0	0	0
76	2	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	41	74	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	76	0	0	0	0	0	0
77	1	1	3	2	3	3	3	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	40	49	M	2	SEC	S	1	1	0	INDEPENDIENTE	77	0	0	0	0	0	0
78	3	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	0	2	1	3	3	3	3	1	3	3	3	46	55	M	2	SEC	C	1	1	0	EMPLEADO	78	3	0	0	2	3	3
79	2	3	3	3	3	3	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	2	2	38	71	F	2	SUP	C	0	0	0	JUBILLADO	79	0	0	0	0	0	0
80	2	2	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	49	53	M	2	PRIM	C	0	0	0	EMPLEADO	80	3	0	0	0	0	0
81	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	46	75	F	3	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	81	0	0	0	0	0	0
82	3	1	3	2	3	3	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	45	80	F	3	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	82	3	0	0	0	0	0
83	3	2	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3	46	50	M	2	PRIM	S	0	0	0	EMPLEADO	83	3	0	0	0	0	0
84	2	2	3	2	1	1	3	0	0	0	1	1	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	37	51	F	2	SEC	C	1	1	0	AMA DE CASA	84	0	0	0	0	0	0
85	1	1	3	2	1	3	1	0	0	0	1	1	2	1	2	2	1	3	2	2	2	2	31	60	M	2	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	85	0	0	0	0	0	0
86	2	2	3	3	1	2	2	1	1	2	1	0	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	43	65	F	10	SUP	S	0	0	0	JUBILLADO	86	3	0	0	3	3	3

87	1	1	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	3	3	2	2	1	3	3	2	3	40	75	F	6	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	87	0	0	0	0	0	0
88	1	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	0	3	3	0	0	0	3	3	3	3	41	32	M	8	SEC	c	1	1	0	EMPLEADO	88	1	0	0	2	3	1
89	2	1	3	2	3	3	3	1	2	3	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	44	63	F	7	SEC	V	1	1	0	AMA DE CASA	89	3	0	0	0	0	0
90	2	2	3	3	3	3	3	1	3	2	1	0	3	2	3	2	3	3	3	1	3	49	57	M	24	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	90	3	0	0	3	3	3
91	2	2	3	2	3	3	2	1	1	3	1	1	3	3	2	2	3	3	2	2	2	46	78	M	5	PRIM	C	0	0	0	INDEPENDIENTE	91	3	0	0	0	0	0
92	1	1	3	3	3	2	2	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2	3	2	3	2	41	54	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	92	3	0	0	0	0	0
93	1	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	2	2	2	2	3	3	46	77	M	2	SUP	C	1	1	0	JUBILLADO	93	1	0	0	0	0	0
94	2	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	51	60	F	14	SUP	V	1	1	1	AMA DE CASA	94	3	0	0	0	0	0
95	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	1	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	46	67	F	2	SEC	C	0	0	0	AMA DE CASA	95	1	0	0	0	0	0
96	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	2	2	1	3	49	71	F	4	PRIM	S	1	0	1	AMA DE CASA	96	3	0	0	0	0	0
97	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	52	64	M	2	SEC	D	1	0	1	DESEMPLEADO	97	3	0	0	0	0	0
98	3	2	3	3	3	2	3	0	0	0	1	1	3	2	2	2	2	3	3	3	3	44	82	F	3	SEC	C	1	0	1	AMA DE CASA	98	0	0	0	0	0	0
99	2	2	3	3	3	3	2	1	2	3	0	0	2	3	1	2	2	3	3	1	3	44	68	M	2	PRIM	V	1	1	1	JUBILLADO	99	3	3	1	2	3	1
100	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3	1	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	48	58	F	2	SEC	C	1	1	0	AMA DE CASA	100	3	0	0	0	0	0
101	3	2	3	3	3	3	1	0	0	0	1	1	3	2	2	2	2	3	3	2	2	41	70	F	1	SEC	CON	1	1	0	JUBILLADO	101	0	0	0	0	0	0
102	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	3	3	52	66	F	7	SEC	V	1	0	1	AMA DE CASA	102	3	0	0	0	0	0
103	2	2	3	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	43	46	M	4	SEC	C	1	1	0	EMPLEADO	103	3	0	0	0	0	0
104	2	2	3	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	43	46	F	2	SUP	C	1	1	0	EMPLEADO	104	3	0	0	0	0	0
105	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	3	3	52	53	F	10	SUP	CON	1	1	0	EMPLEADO	105	3	0	0	0	0	0
106	3	2	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	3	3	50	55	F	30	SUP	S	0	0	0	EMPLEADO	106	3	2	3	0	0	0
107	3	2	3	2	3	3	2	1	3	3	1	0	3	3	2	2	3	3	2	3	3	50	80	M	10	PRIM	C	1	1	0	JUBILLADO	107	3	0	0	3	3	2
108	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	2	3	2	2	2	3	3	2	3	50	61	F	6	SEC	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	108	3	0	0	0	0	0
109	3	3	3	3	1	1	3	0	0	0	1	1	1	3	2	2	3	1	2	3	3	39	67	M	2	SUP	C	1	1	0	JUBILLADO	109	0	0	0	0	0	0
110	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	55	54	M	2	PRIM	S	1	1	0	EMPLEADO	110	3	0	0	0	0	0
111	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	46	F	4	SEC	CON	0	0	0	AMA DE CASA	111	3	0	0	0	0	0
112	3	2	3	2	3	3	3	0	0	0	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	46	61	M	8	SUP	S	1	1	0	JUBILLADO	112	0	0	0	0	0	0
113	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	1	1	3	3	2	1	3	3	3	2	3	52	52	M	12	SEC	C	0	0	0	JUBILLADO	113	3	0	0	0	0	0
114	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	55	65	M	5	SEC	C	0	0	0	JUBILLADO	114	3	0	0	0	0	0
115	3	2	3	2	3	3	1	1	3	3	1	0	3	3	2	2	3	3	3	2	3	49	68	M	4	SEC	V	0	0	0	JUBILLADO	115	3	0	0	2	1	1
116	3	1	3	3	3	1	0	1	3	3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	3	42	71	F	2	SI	V	1	1	0	INDEPENDIENTE	116	3	0	0	0	0	0

117	2	2	3	2	3	3	3	0	0	0	1	1	2	3	2	1	2	2	2	3	3	40	75	F	3	SEC	S	0	0	0	AMA DE CASA	117	0	0	0	0	0	0	
118	3	1	3	3	3	3	0	0	0	0	1	0	2	3	2	2	2	3	3	2	3	39	61	F	3	PRIM	C	1	1	0	AMA DE CASA	118	0	0	0	2	3	1	
119	2	3	3	2	3	3	1	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	36	67	M	2	PRIM	C	1	1	0	INDEPENDIENTE	119	0	0	0	0	0	0	
120	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	2	3	2	2	1	3	3	3	3	48	58	F	10	SEC	C	1	1	0	AMA DE CASA	120	3	0	0	0	0	0	
121	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	1	1	2	3	1	2	1	3	2	3	3	47	64	F	2	PRIM	CONV	0	0	0	AMA DE CASA	121	3	0	0	0	0	0	
122	2	2	3	3	3	3	2	0	0	0	1	1	2	3	1	1	1	3	2	2	3	38	56	F	20	SEC	S	0	0	0	AMA DE CASA	122	0	0	0	0	0	0	
123	2	1	3	3	3	3	3	0	0	0	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	41	74	F	2	PRIM	C	0	0	0	AMA DE CASA	123	0	0	0	0	0	0	
124	1	1	3	2	3	3	3	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3	2	2	3	2	40	49	M	2	SEC	S	1	1	0	INDEPENDIENTE	124	0	0	0	0	0	0	
125	3	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	0	2	1	3	3	3	3	3	1	3	3	46	55	M	2	SEC	C	1	1	0	EMPLEADO	125	3	0	0	2	1	1
126	2	3	3	3	3	3	1	0	0	0	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	2	38	71	F	2	SUP	C	0	0	0	JUBILLADO	126	0	0	0	0	0	0	

ANEXO N° 9

ESCALA DE CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES DE CONOCIMIENTO DE DIABETES SEGÚN TECNICA DE ESTANINO

PUNTOS DE CORTE

Estadísticos

		CONOCIMIENTO	ESTILOS DE VIDA
N	Válidos	14	14
	Perdidos	0	0
	Media	21,29	45,21
	Desv. tip.	3,970	5,833

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV. EST}$$

$$A = 21.29 - 0.75 * 3.97$$

$$A = 18$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV. EST}$$

$$B = 21.29 + 0.75 * 3.97$$

$$B = 24$$

ESCALA CLASIFICACION

<18 BAJO

18 A 24 MEDIO

>24 ALTO

ANEXO N° 10

ESCALA DE CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES DE ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES DIABETICOS

PUNTOS DE CORTE

ESCALA	CLASIFICACION
<45	NO SALUDABLE
>=45	SALUDABLE

Estadísticos

		ESTILOS DE VIDA
N	Válidos	14
	Perdidos	0
Media		45,21
Desv. típ.		5,833

ANEXO N° 11

EVALUACION DE LA DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS.

Según el test de Kolmogorov-Smirnov, la variable conocimiento no presenta distribución normal ($p=0.028$), mientras que la variable estilos de vida si presenta dicha distribución ($p=0.122$). Para evaluar la relación entre ambas variables se utilizará el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		CONOCIMIENTO	ESTILOS DE VIDA
N		126	126
Parámetros normales ^{a,b}	Media	21,45	44,39
	Desviación típica	3,438	5,220
Diferencias más extremas	Absoluta	,130	,105
	Positiva	,064	,067
	Negativa	-,130	-,105
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,461	1,182
Sig. asintót. (bilateral)		,028	,122

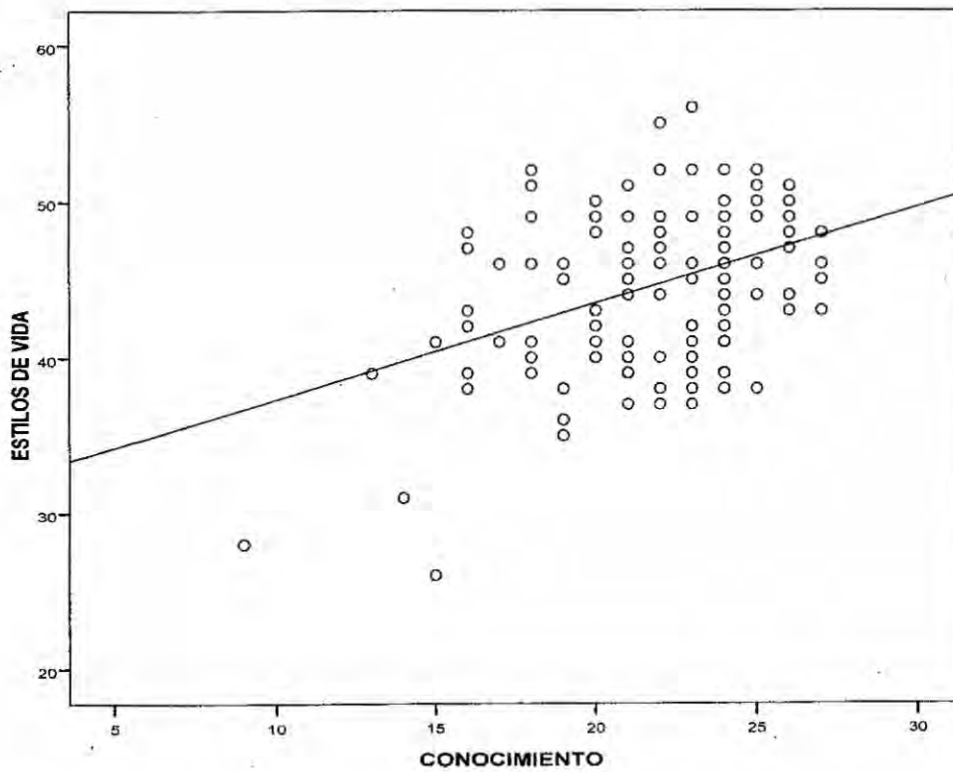
a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

ANEXO N° 12

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DIABETES
Y EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO
II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HNDM 2015.

Grafica de Dispersión de Puntos



Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

ANEXO N° 13

CUADRO 5.8
CORRELACION ENTRE DIMENSIONES

Correlaciones

		CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD
ALIMENTACION	Coefficiente de correlación	,100
	Sig. (bilateral)	,265
	N	126
ACTIVIDAD FISICA	Coefficiente de correlación	,050
	Sig. (bilateral)	,574
	N	126
CONSUMO DE TABACO	Coefficiente de correlación	,073
	Sig. (bilateral)	,416
	N	126
CONSUMO DE ALCOHOL	Coefficiente de correlación	,103
	Sig. (bilateral)	,251
	N	126
ESTADO EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	,183(*)
	Sig. (bilateral)	,040
	N	126
INFORMACION SOBRE DIABETES	Coefficiente de correlación	,107
	Sig. (bilateral)	,232
	N	126
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Coefficiente de correlación	,156
	Sig. (bilateral)	,080
	N	126

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

Correlaciones

			CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADOS
Rho de Spearman	ALIMENTACION	Coefficiente de correlación	,250(**)
		Sig. (bilateral)	,005
		N	126
	ACTIVIDAD FISICA	Coefficiente de correlación	,058
		Sig. (bilateral)	,519
		N	126
	CONSUMO DE TABACO	Coefficiente de correlación	,159
		Sig. (bilateral)	,075
		N	126
	CONSUMO DE ALCOHOL	Coefficiente de correlación	-,006
		Sig. (bilateral)	,943
		N	126
	ESTADO EMOCIONAL	Coefficiente de correlación	,280(**)
		Sig. (bilateral)	,001
		N	126
	INFORMACION SOBRE DIABETES	Coefficiente de correlación	,145
		Sig. (bilateral)	,105
		N	126
	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Coefficiente de correlación	,186(*)
		Sig. (bilateral)	,037
		N	126
	CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADOS	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	126

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes y Cuestionario Estilo de Vida 2015.

ANEXO N° 14

CUADRO 5.9

RESULTADOS POR INDICADORES DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DE DIABETES DE LOS PACIENTES CON
DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DE HNDM
2015.

DIMENSION : CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD	N	%
DEFINICION		
¿Qué es la Diabetes?	119	94,4
CLASIFICACION		
¿Cuáles son los tipos de diabetes?	31	24,6
SIGNOS, SINTOMAS		
¿Cuáles son los principales signos y síntomas de la diabetes?	112	88,9
DIAGNOSTICO		
¿Cómo se diagnostica la diabetes?	125	99,2
COMPLICACIONES		
¿Qué órganos del cuerpo humano principalmente puede afectar la diabetes?	88	69,8
DIMENSION : CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO		
TRATAMIENTO		
¿Qué es la insulina?	84	66,7
¿Cuál es la parte del cuerpo más común para la aplicación de la insulina?	107	84,9
¿Cuál es la principal medida para el tratamiento y control de la diabetes?	96	76,2
CONTROL DE LA GLICEMIA		
¿Cuándo debe controlarse la glucosa en sangre?	101	80,2
¿Cuál es el nivel normal de azúcar en sangre en ayunas?	99	78,6
ALIMENTACION:		

¿Con que frecuencia debe tomar alimentos el paciente con diabetes?	48	38,1
¿Qué tipo de preparación deben tener las carnes en la alimentación?	110	87,3
¿Qué nivel de azúcar deben contener las bebidas del paciente con diabetes?	69	54,8
¿Para qué sirve la dieta indicada al paciente con diabetes?	108	85,7
¿Con que frecuencia se debe consumir verduras, hortalizas, frutas y cereales el paciente con diabetes?	111	88,1
¿Con que frecuencia se debe consumir pescado, pollo y carnes magras el paciente con diabetes?	50	39,7
EJERCICIOS:		
¿Qué tipo de ejercicio debe realizar el paciente con diabetes?	111	88,1
¿Cuánto es el tiempo mínimo que debe realizar ejercicio el paciente con diabetes?	104	82,5
CUIDADOS DE LA VISTA:		
¿Por qué es importante el cuidado de la vista?	116	92,1
¿Con que frecuencia se debe realizar la consulta oftalmológica?	91	72,2
CUIDADOS DE LOS PIES:		
¿Porque es importante el cuidado de los pies?	116	92,1
¿Con qué frecuencia se debe revisar los pies?	106	84,1
¿Con qué frecuencia se debe lavar los pies?	107	84,9
Para lavarse los pies utilizara el agua	79	62,7
¿Para retirar los desechos o suciedad de los pies, utiliza agua, jabón y se fricciona la piel de la siguiente forma:	110	87,3
¿Cómo se debe cortar las uñas?	82	65,1
¿Cuál es el tipo de calzado que debe utilizar?	103	81,7
¿Qué hábitos nocivos se debe evitar en el paciente diabético?	120	95,2

Fuente: Cuestionario Conocimiento de Diabetes 2015

ANEXO N° 15

CUADRO 5.10

RESULTADOS POR INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON DIABETES TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DE HNDM 2015.

DIMENSION: ALIMENTACION	N	%
INDICADOR: CONSUMO DE AZUCAR		
¿Le añade azúcar a sus bebidas?		
Siempre	19	15,1
A veces	51	40,5
Nunca	56	44,4
INDICADOR: CONSUMO DE SAL		
¿Le agrega sal al plato servido?		
Siempre	35	27,8
A veces	66	52,4
Nunca	25	19,8
INDICADOR: FRECUENCIA DE COMIDAS		
¿Cuántas veces al día come usted?		
2 Veces al día	3	2,4
3 a 4 Veces al día	1	,8
5 Veces al día (más si está indicado por el medico por fraccionamiento)	122	96,8
INDICADOR: AÑADE ALIMENTOS A LA DIETA		

¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?		
Siempre	2	1,6
A veces	42	33,3
Nunca	82	65,1
INDICADOR: CONSUMO DE VERDURAS		
¿Con que frecuencia come verduras?		
No respondieron	1	,8
No tan a menudo	10	7,9
Interdiario	7	5,6
Diario	108	85,7
INDICADOR: CONSUMO DE FRUTAS		
¿Con que frecuencia come frutas?		
no respondió	1	,8
No tan a menudo	6	4,8
Interdiario	6	4,8
Diario	113	89,7

INDICADOR: CONSUMO DE CARNES

¿Con que frecuencia come carnes?		
No respondió	6	4,8
No tan a menudo	29	23,0
Interdiario	37	29,4
Diario	54	42,9

DIMENSION: ACTIVIDAD FISICA		
INDICADOR: REALIZA EJERCICIO		
¿Realiza usted ejercicio?		
No	38	30,2
Si	88	69,8
INDICADOR: DURACION DEL EJERCICIO		
¿Qué tiempo dura el ejercicio que usted realiza?		
No respondió	38	30,2
10 minutos	13	10,3
30 minutos	45	35,7
30 a 60 minutos	30	23,8
INDICADOR: FRECUENCIA DEL EJERCICIO		
¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio?		
No respondió	38	30,2
No tan a menudo.	2	1,6
Interdiario	12	9,5
Diario	74	58,7
DIMENSION: CONSUMO DE TABACO		
INDICADOR: CONSUME TABACO		
¿Usted fuma?		
Si	4	3,2
No	122	96,8
DIMENSION: CONSUMO DE ALCOHOL		

INDICADOR: CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		
¿Usted bebe alcohol?		
Si	27	21,4
No	99	78,6
DIMENSION: ESTADO EMOCIONAL		
INDICADOR: ENOJO		
¿Se enoja con facilidad?		
No respondió	2	1,6
Siempre	43	34,1
A veces	63	50,0
Nunca	18	14,3
INDICADOR: TRISTEZA		
¿Se siente triste?		
No respondió	3	2,4
Siempre	31	24,6
A veces	77	61,1
Nunca	15	11,9
INDICADOR: PESIMISMO		
¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?		
no respondió	2	1,6
Siempre	22	17,5
A veces	65	51,6

Nunca	37	29,4
DIMENSION: INFORMACION SOBRE DIABETES		
INDICADOR: BUSQUEDA DE INFORMACION		
¿Trata de tener información sobre la diabetes?		
Nunca	9	7,1
A veces	36	28,6
Siempre	81	64,3
INDICADOR: ASISTENCIA A LOS TALLERES		
¿A cuántos talleres educativos del Programa de Diabetes ha asistido al mes?		
Dos veces	25	19,8
Tres veces	39	31,0
Más de tres veces	62	49,2

DIMENSION: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

INDICADOR: ESFUERZO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES		
¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?		
Nunca	3	2,4
A veces	21	16,7
Siempre	102	81,0
INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA DIETA		
¿Sigue la dieta indicada?		
Nunca	4	3,2

A veces	56	44,4
Siempre	66	52,4
INDICADOR: OLVIDO EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS		
¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse la insulina?		
Siempre	14	11,1
A veces	52	41,3
Nunca	60	47,6
INDICADOR: SIGUE LAS INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD		
¿Sigue las instrucciones médicas que le indicaron para su cuidado?		
Nunca	1	,8
A veces	29	23,0
Siempre	96	76,2

DIMENSION: ACTIVIDAD FISICA

INDICADOR: TIPO DE EJERCICIO

¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?

No respondió	38	30,2
Otros	15	11,9
Trota	2	1,6
Camina	71	56,3

DIMENSION: CONSUMO DE TABACO

INDICADOR: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE TABACO

¿Con qué frecuencia fuma?		
No respondió	121	96,0
Interdiario	3	2,4
No tan a menudo	2	1,6
INDICADOR: CANTIDAD DEL CONSUMO DE TABACO		
¿Cuántos cigarrillos consume en cada ocasión?		
No contesta	121	96,0
Más de 4 cigarrillos	1	,8
1 cigarrillo	4	3,2
DIMENSION: CONSUMO DE ALCOHOL		
INDICADOR: TIPO DE BEBIDA ALCOHOLICA		
¿Qué bebida alcohólica consume?		
No contesto	99	78,6
Otros	1	,8
Cerveza	16	12,7
Vino	10	7,9
INDICADOR: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		
¿Con qué frecuencia bebe alcohol?		
No contesta	99	78,6
Diario	3	2,4
No tan a menudo	24	19,0
INDICADOR: CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CONSUMIDAS		

Fuente: Cuestionario Estilo de Vida 2015.

ANEXO N° 16

TABLA DE FRECUENCIA

MEDIO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES

MEDIO	NO SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
BAJO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES

ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
BAJO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES

MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
BAJO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	NO SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
MEDIO	SALUDABLES
ALTO	SALUDABLES