

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL
PACIENTE DIABÉTICO. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

TESISTAS:

Bach. GIRALDO JARAMILLO, Yurico Deyce

Bach. SANTISTEBAN TARAZONA, Pamela Melina

ASESORA: Ms. ROSAS GUZMÁN, Inés

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y V° "B" DE:

Ms. ROSAS GUZMÁN, Inés
ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y V° "B" DE:

Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel
PRESIDENTA

Ms. FALLA JUÁREZ, Luz
SECRETARIA

Ms. ROSAS GUZMÁN, Inés
INTEGRANTE

DEDICATORIA

A DIOS; Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MI MADRE; Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que me ha infundado siempre, ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos; WILMER, CARLOS y VICTOR, por estar conmigo en todo momento y darme ánimos para salir adelante, por su cariño y apoyo incondicional.

YURICO GIRALDO JARAMILLO

DEDICATORIA

A DIOS; por mostrarnos día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible, además de brindarme las fuerzas para poder lograr mis metas trazadas permitiéndome continuar con mi vocación como profesional.

A MI MADRE; que está conmigo en todo momento para brindarme su amor, comprensión, apoyo constante y fuerzas para seguir adelante y poder cumplir con mis objetivos.

A mi familia; porque estuvieron conmigo brindándome su apoyo y alentándome a terminar con mis metas a comprenderme a darme fuerzas porque también son parte de ese incentivo para seguir adelante.

PAMELA SANTISTEBAN TARAZONA

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida casa de estudios Universidad Nacional del Santa, por albergarnos estos años decisivos de nuestras vidas, en cuyas aulas quedan el recuerdo del empeño, sacrificio y deseo de superación para forjarnos un futuro como profesionales de enfermería con calidad.

A todos nuestros queridos docentes, quienes nos orientaron los valores, y conocimientos que constituyen el crecimiento de nuestra formación académica y personal motivando en nosotros la vocación de servicio hacia los demás en forma humanística y reflexiva.

A nuestra asesora, Ms. Rosas Guzmán Inés, por sus aportes, tiempo, dedicación y apoyo, por habernos aconsejado y brindado su amistad y cariño, nuestra admiración y agradecimiento siempre para usted y porque siempre estuvo allí con las palabras adecuadas y diciéndonos que sigamos adelante y no nos detengamos.

A los adultos que formaron parte de nuestro estudio, por su cariño y colaboración para la realización del presente estudio.

LAS AUTORAS

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRAC	
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEORICO	22
III. MATERIAL Y MÉTODO	35
IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	42
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	48
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	53
5.2. RECOMENDACIONES	54
VI. REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nº 01:	42
ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	
TABLA Nº 02:	44
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	
TABLA Nº 03	46
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA Nº 01:	43
 ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	
FIGURA Nº 02:	45
 NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	
FIGURA Nº 03	47
 NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016.	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptiva correlacional, con el objetivo general de determinar la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

La población estuvo conformada por 80 pacientes con Diabetes Mellitus que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta. Para la recolección de datos se aplicó: Escala de estilo de vida del paciente con diabetes y, Test de conocimientos sobre diabetes mellitus.

Conclusiones:

1. La mayoría de los pacientes con diabetes mellitus presentan estilo de vida adecuado (83.7%), seguido de estilo de vida inadecuado (16.3%).
2. La mayoría de los pacientes con diabetes mellitus presentan alto nivel de conocimientos (95.0%), y bajo nivel de conocimientos (5.0%).
3. No existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus ($p=0.2372$), el tener bajo nivel de conocimiento se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado estilo de vida ($OR=5.9$) y, a mayor nivel de conocimiento mejora el estilo de vida de los pacientes ($r=0.41$).

Palabras claves: Diabetes; Estilo de vida; Enfermería.

ABSTRACT

This research is descriptive correlational, with the overall aim of determining the relationship between lifestyles and the level of knowledge of diabetic patients. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

The population consisted of 80 patients with Diabetes Mellitus belonging to the National Health Strategy Harm Noncommunicable Hospital La Caleta. For data collection was applied: Scale lifestyle of patients with diabetes and Test of knowledge about diabetes mellitus. Conclusions:

1. Most patients with diabetes mellitus have proper lifestyle (83.7%), followed by improper lifestyle (16.3%).
2. Most patients with diabetes mellitus are at high level of knowledge (95.0%), and low level of knowledge (5.0%).
3. There is no significant relationship between lifestyle and the level of knowledge about diabetes mellitus ($p = 0.2372$), having low level of knowledge is very high risk for presenting improper lifestyle ($OR = 5.9$) and, a higher level of knowledge improves the lifestyle of patients ($r = 0.41$).

Keywords: Diabetes; Lifestyle; Nursing.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica, con la presencia de hiperglicemia crónica que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, y que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina, la misma que conduce a una serie de manifestaciones a corto y largo plazo como disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en adultos el número de personas con diabetes se elevará de 285 millones en el 2010 a 439 millones de pacientes en el 2030. La causa principal de la Diabetes Mellitus Tipo II es el incremento en la población, edad, raza, urbanización, obesidad, inactividad física; y cambio en los estilos de vida. En los años venideros el impacto será aún mayor, por el aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países y la importancia de ésta como factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes (2).

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

Diabetes tipo I: Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes). Puede ser autoinmune o idiopática (3).

Diabetes tipo II: Comprende un cuadro que va desde el predominio de una resistencia a la insulina con una deficiencia relativa de secreción de dicha hormona, hasta defectos de secreción predominantes con resistencia a la insulina (4).

La diabetes mellitus tipo II es considerada como una de las enfermedades más comunes que se desarrolla lentamente con el tiempo; que afecta a más de 2 millones

de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. El aumento de la grasa le dificulta al cuerpo el uso de la insulina de manera correcta. Puede presentarse también en personas delgadas y es más común en los ancianos. Los antecedentes familiares y los genes juegan un papel importante, un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo, aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad (5).

El conocimiento es el arma más poderosa en la lucha contra la DM2, la información puede ayudar a las personas a evaluar su riesgo de adquirir diabetes, los motiva a buscar el tratamiento adecuado y la atención, y les ayuda a tomar las direcciones de su enfermedad (6).

El diabético tiene posibilidad real de integrar y movilizar sistemas de conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, motivaciones y valores para la solución exitosa de las actividades vinculadas a la satisfacción de sus necesidades cognitivas y profesionales expresadas en su desempeño en la toma de decisiones y la solución de situaciones que se presentan en su esfera de salud (7).

Esta enfermedad produce un importante impacto socioeconómico en el país, que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, y es una importante causa de hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas (hipoglucemia e hiperglicemia) y crónicas (neuropatía, nefropatía, retinopatía, y enfermedades cardiovasculares) además es la enfermedad de mayor demanda del consultorio externo de endocrinología constituyendo la Diabetes el 95% de la población atendida por dicha enfermedad (8).

En el **ÁMBITO INTERNACIONAL** se reportan las siguientes investigaciones:

En México, Muñoz, H (2005); en su trabajo "Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2", desarrollada en la Universidad de las Américas Puebla,

investigación de tipo descriptivo y diseño de investigación no experimental, concluyó que el estilo de vida incluye conductas y preferencias relacionadas al tipo de alimentación, actividad física, consumo de tabaco y otras drogas (9).

En Ecuador, Flores, C. (2007); en su investigación “Conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes que tienen los pacientes hospitalizados y sus familiares”, investigación descriptiva cuali-cuantitativa, reportaron los siguientes resultados que el 84% de los pacientes diabéticos ingresados al servicio de Medicina Interna y el 71% de sus familiares no tienen conocimiento de la enfermedad, 75 al 99% desconoce sobre la diabetes, cuidados y sus complicaciones y el 50% de los pacientes diabéticos presentan alteración mental y de la conducta (10).

En Nicaragua, Correa, J. (2010); realizó su investigación “Conocimiento de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el Centro de Salud Jorge Sinforoso. Municipio de Granada” estudio descriptivo de corte transversal, concluyó que el 91% de los pacientes entre todos los grupos de edades tenían buen nivel de conocimiento acerca de la Diabetes Mellitus, el 90.7%, expresaron algunos elementos positivos del auto concepto, entre ellos la autoestima, valor, confianza, entre otros (11).

En Guatemala, Hernández, D. (2011); en su estudio “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”. Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo y de corte transversal, concluyó que existe un 96% de pacientes diabéticos que no poseen los conocimientos necesarios de autocuidado. Dentro de las actitudes sobre autocuidado se establece que el 83% presentan una actitud no favorable ante la enfermedad. En relación a las prácticas refleja que un 92% 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 (12).

En México, Montalvo, L. (2012). En su trabajo “Estilos de vida vinculado con el nivel de conocimiento en el autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus en el Hospital Juárez, estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional, diseño transversal concluye que los pacientes en la actualidad no tienen un estilo de vida saludable, por lo que no cuentan con un conocimiento apropiado en cuanto al autocuidado de su propia salud (13).

En el **ÁMBITO NACIONAL** se reportan las siguientes investigaciones:

En Lima, Noda, J y otros. (2008); en su estudio cuantitativo para medir “El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus, en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Hospital Nacional Cayetano Heredia”, en 31 pacientes, concluyeron en que 12,9 % tuvieron conocimiento adecuado sobre la enfermedad, 48,39% intermedio y 38,71% inadecuado. No se encuentra asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas; por lo que refieren que; 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 (14).

En Lima, Hajar, A. (2008); en su investigación denominado “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Reporto los siguientes resultados: La mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en los cuidados en el hogar; los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto (15).

En Lima, Corbacho, K y otros. (2009); en su estudio “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y la práctica de estilos saludables en pacientes con Diabetes Mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La población total fue de 540 pacientes con Diabetes, que acudieron al programa de control de Diabetes del servicio de endocrinología del Hospital mencionado. Los resultados obtenidos fueron los que presentan un conocimiento malo, practican estilos de vida inadecuado 54,4% (293) y el 45.6% (247), muestran un nivel de conocimiento bueno, practican estilos de vida adecuados (16).

En Lima, Valencia, F. (2010), en su trabajo “Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características socio demográficas - morbilidad en pacientes con diabetes del Hospital Daniel Alcides Carrión”, estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional, diseño transversal, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes con Diabetes Mellitus, elegidos por muestreo no probabilístico, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante los meses de Marzo-Abril del 2010, concluyó que el 53.3% presentó un nivel de conocimiento bajo tanto en la dimensión enfermedad, como alimentación (17).

En el **ÁMBITO LOCAL** se reportan las siguientes investigaciones:

En Chimbote, Reyes, L. (2007); en su estudio “Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital III Es Salud”, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, reportó los siguientes resultados: el 65% presentan un nivel de conocimiento regular, seguido de un 23% deficiente y un 12% bueno. Asimismo, el 79% presentan un estilo de vida más adecuado y un 21% menos adecuado; existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y estilo de vida, por lo que ambas variables son independientes (18).

En Chimbote, Cerna, A y otros. (2007); en su estudio “Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón”, de

tipo cuantitativo descriptivo reportaron los siguientes resultados: El 71% de personas diabéticas presentan un nivel de conocimiento regular, el 93% presenta un estilo de vida más adecuado y no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la variable estilo de vida (19).

En Chimbote, Alvarado, E y otros (2009); en su estudio “Nivel de Información y Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital III EsSalud”, se realizó con el objetivo de conocer la relación entre el nivel de información y autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, estuvo constituida por 196 adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos durante los meses Marzo y Abril del 2009 a quienes se les aplicó los instrumentos el Test de información sobre Diabetes Mellitus tipo 2, y el Test de Autocuidado sobre Diabetes Mellitus tipo 2, se llegó a las siguientes conclusiones; los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital III EsSalud, tienen un nivel de información bajo (56,6%) y mediano (39,3%); tienen un nivel de autocuidado regular (84,2%), y existe relación estadística significativa ($p=0,0002$) entre el Nivel de Información y el Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus del Hospital III EsSalud (20).

En Nuevo Chimbote, según la Oficina de Estadística del Hospital Eleazar Guzmán Barrón (2012), existen 117 casos de Diabetes Mellitus (E10-E-14) siendo un 1.5%, divididos entre el sexo masculino (36) y sexo femenino (81) casos respectivamente, constituyendo como los principales grupos de causa de morbilidad registrada en hospitalización siendo el más prevalente en el sexo femenino. La morbilidad hospitalaria por grupo de edad según CIE 10, existen casos entre 12-17 (1), 18-29 (6), 30-59 (54), 60- 79 (49) y de 80 a más (7), siendo el más prevalente entre las edades de 30- 59 años y los 60- 79 años (21).

En Chimbote, según la Oficina de Estadística del Hospital La Caleta (2015), existen 519 casos de Diabetes Mellitus, que representa un incremento en más del 10% en comparación con los períodos pasados. En el 2014 se han presentado 468 pacientes y, a la fecha se encuentran 519 casos nuevos, de los cuales 4 son niños menores de

11 años y 3 son adolescentes. Entre las causas se señalan en primer lugar, los malos hábitos alimenticios y factores genéticos pues los transmiten de generación en generación; incluso se están dando por cambios epigenético, es decir las personas que emigran del campo a la ciudad adquieren hábitos alimenticios propios de los que consumen alimentos no naturales, siendo ellos los más afectados en contraer la enfermedad. El riesgo para desarrollar la diabetes aumenta tanto en hombres como en mujeres de acuerdo al exceso de peso, presentándose mayormente en personas de 30 y 59 años, aunque existen pacientes de 19 y 20 años, pero en menor incidencia (22).

La Diabetes Mellitus constituye un desorden metabólico resultado de una deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de la acción de la insulina o ambas. Esto conlleva a hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas (23).

En el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030 (24).

En el Perú según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 había 754 mil peruanos diabéticos presumiéndose que para el año 2030 la cifra llegará a 1'961,000 personas con dicha enfermedad. La prevalencia en el Perú es del 1 al 8% de la población general, encontrándose Piura y Lima como los departamentos más afectados (2.5%) (25).

En la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles”, del Hospital La Caleta, señalo que diariamente se detectan en este nosocomio entre tres y cuatro casos de diabetes a personas que en su totalidad son obesas e hipertensas. En lo

que cabe a este año en los meses de enero a marzo el número de casos ha disminuido en un 20%, a diferencia de los años anteriores.

La situación es preocupante por la elevada morbimortalidad de los más de un millón de peruanos afectados por la Diabetes Mellitus tipo II, la mitad está sin tratamiento debido a que no hay conocimiento sobre la enfermedad, la misma que afecta la calidad de vida y tiene un gran impacto económico. Se sabe que muchas de las complicaciones de esa enfermedad podrían prevenirse o retrasarse, enfatizando la promoción de estilos de vida en el primer nivel de atención primaria y la comunicación a la población en general (26).

El estilo de vida constituye un importante agente etiológico de la enfermedad de Diabetes y de la aparición de complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente. Es por ello, que el conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para el profesional de enfermería que atienden pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, obesidad, entre otros, se han asociado con la ocurrencia, curso clínico y control de la enfermedad. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la Diabetes Mellitus o cambiar su historia natural (27).

Por tanto, esta enfermedad en nuestro país y región, constituye un problema de salud pública por ser una de las causas principales de mortalidad en los adultos con una morbilidad que genera enfermedades crónicas y las secuelas que ocasiona como: retinopatía, insuficiencia renal y neuropatía; frente a esta problemática se considera necesario investigar dichas variables.

Por todo lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS::

- Identificar los estilos de vida del paciente diabético del Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.
- Determinar el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.
- Establecer la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

1.2. HIPÓTESIS:

Ha: Existe relación significativa entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

Ho: No existe relación significativa entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016.

La presente investigación es de suma importancia, ya que a través de los resultados encontrados se determinará la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético, el mismo que permitirá adoptar medidas apropiadas que contribuyan a modificar este problema.

Para el profesional de enfermería, los resultados permitirán ampliar sus conocimientos y por ende conocer mejor nuestra realidad.

Para la escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, servirá como fuente bibliográfica o de referencia permitiendo así desarrollar futuros trabajos de investigación.

Para las instituciones de salud los resultados serán de gran relevancia ya que permitirá que el personal de salud que labore en ella evalúe el tipo de labor preventivo realizado en las personas diabéticas en relación a esta problemática.

A manera global se pretende contribuir en reducir la morbi-mortalidad dando énfasis a la práctica preventiva desde entidades formadoras.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la “Teoría de Sistemas” de Ludwing Von Bertalanffy (28).

La teoría de Sistemas se ocupa de los cambios producidos por las interacciones entre distintos factores variables de una situación. En los seres humanos se producen continuamente interacciones entre estos y el medio ambiente, esta teoría brinda la forma de comprender las muchas influencias que afectan por completo a la persona, y el posible efecto del cambio producido en algunas de las partes del todo (29).

Sistema se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en donde las partes tienen una función y el sistema como un todo, otra función. Así el modelo de sistemas, considera al sistema como un todo altamente dependiente del medio exterior y puede perturbarse por carencias o excesos. El éxito del sistema radica en su capacidad para ajustarse a un medio constantemente cambiante (28) (29).

El sistema se caracteriza por tener sus límites, su supervivencia, una jerarquía (suprasistemas y subsistemas) y por ser abierto; ya que existe un intercambio continuo de materia, energía e información. Con esta teoría se puede comprender la forma en que diversos factores afectan a una persona y el posible efecto del cambio producido en algunas partes sobre el todo, además es un modelo para observar la interacción del hombre con el medio ambiente (30).

Los elementos o componentes que conforman el sistema son: entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (29).

ENTRADA, son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, humanos o información y constituyen la fuerza de arranque que suministra el sistema a sus necesidades operativas (31).

Para efectos de la investigación este componente se encuentra representado por el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

El nivel de conocimiento es el conjunto de información adquirida y acumulada que poseen las personas con diabetes mellitus sobre su enfermedad, el cual puede influir positiva o negativamente en el estilo de vida (28).

El conocimiento, de las personas sobre determinada enfermedad, es un factor importante que se relaciona con el estilo de vida especialmente en la población en riesgo, permitiéndoles participar en forma activa y directa en la detección de los factores que les favorece o precipita con determinadas enfermedades (34).

Bajo esta circunstancia, el paciente diabético tiene las siguientes demandas adicionales del cuidado de la salud; buscar y asegurar la ayuda médica apropiada ser consciente de los efectos del estado patológico; realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y medicamento prescritas; ser conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas, aprender a vivir con los efectos de la alteración de la salud, así como las medidas diagnósticas y terapéutica, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal (32)(33).

Los enunciados que abarcan el nivel de conocimiento son los siguientes:

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

Incluye la aplicación y uso de insulina e hipoglucemiantes orales que son dos clases de agentes cuya función es disminuir los niveles de glucosa ambas sustancias disminuyen los niveles de glicemia, la función la ejercen por mecanismos diferentes. Por lo tanto los cuidados de enfermería se deben centrar en el entendimiento, tanto

del normal funcionamiento de la insulina endógena como de los efectos metabólicos de los agentes hipoglucemiantes mencionados (35).

Dieta: Tiene por objetivo mantener el nivel de glucosa normal, o la más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad), dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (36).

La finalidad de la dieta es:

- ✓ Mantener el peso corporal, el llamado peso ideal. El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- ✓ Debe ser fraccionado, los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias, con el funcionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos post prandiales, y resulta especialmente útiles en pacientes con insulino terapia.
- ✓ Se recomienda comer alimentos variados: como frutas frescas, verduras, pescado, carne, huevos.
- ✓ Es importante consumir los alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia, recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, proveniente del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorece la función de coagulación de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Ejercicios: Es la segunda modalidad de tratamiento para la diabetes mellitus. La glucosa puede entrar en las células musculares activas sin la acción de la insulina y puede entonces ser oxidada al dióxido de carbono y agua en la mayoría de los diabéticos. Por lo tanto, el ejercicio tiene una acción hipoglucemiante (37).

Las personas con diabetes mellitus se benefician del ejercicio durante 30 minutos de 3 a 4 veces por semana. Los resultados del ejercicio son la mejora en la tolerancia a la glucosa, sensibilidad a la insulina, pérdida de peso. Además el ejercicio aeróbico mejora la función cardiovascular y los perfiles lipídicos (38).

Cuidados de los pies: Todo diabético debe cuidar sus pies en forma meticulosa, ya que la sensibilidad esta disminuida: lavarse los pies diariamente con agua tibia y jabón y secarlos bien, en especial entre los dedos buscando cualquier signo de callosidades, enrojecimiento, ampollas, fisuras, úlceras, se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga; cortarse las uñas en forma recta siguiendo el contorno del dedo, cambiarse diariamente los calcetines, medias que sean suaves limpias y sin rugosidades, evitar caminar con los pies descalzos para no sufrir traumatismo por lesión en la piel (39).

Complicaciones: La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas, están relacionadas con el grado de hiperglicemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a factores de riesgo y el ambiente genético.

Entre las complicaciones agudas se presenta: el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia.

Entre las complicaciones crónicas más relevantes están riesgo para desarrollar cataratas, retinopatías y glaucoma que es la principal causa de la ceguera adquirida en adultos; diecisiete veces el riesgo de desarrollar daño renal, incrementa dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial; e incrementa la probabilidad de insuficiencia periférica, que a su vez condiciona al pie diabético, riesgo de neuropatías autonómica en los sistemas

vascular digestivo y genitourinario; y el de la piel y mucosas favorecen infecciones oportunistas piógenas y nicóticas crónicas (40).

Cuidados generales: Deben estar enfocados en evitar todo tipo de infecciones ya que pueden agravarse rápidamente, realizar su higiene corporal diario, cumplir con la dieta, ejercicio y tratamiento adecuado, acudir a su control médico puntualmente, someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y neurológico anualmente (41).

PROCESO, es el fenómeno en donde se producen los cambios y se convierten las entradas en salidas o resultados. El sistema transforma, crea y organiza, asimilando la información, el cual ingresa a través de un proceso que da como resultado la reorganización del ingreso para ello cada sistema modifica su entrada (31).

En la presente investigación este elemento está constituido por la persona con diabetes mellitus que asiste a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta de Chimbote; quien percibe, organiza e interpreta el conocimiento sobre diabetes mellitus, que el profesional de enfermería le imparte.

El profesional de enfermería brinda un servicio esencial en el cuidado de la salud y ofrece a través de un proceso interpersonal entre la persona con diabetes mellitus, por medio del cual identifica y resuelve problemas en su salud, mediante actividades preventivos promocionales dirigidos a mejorar el autocuidado del adulto diabético (42).

SALIDA, es el resultado que se obtiene después de procesar las entradas. Los resultados de un proceso son las salidas, las cuales deben ser coherentes con los objetivos del sistema. Al liberar energía, información o materia del medio ambiente durante el proceso se obtiene el producto o salida que en el presente estudio viene a ser el estilo de vida del paciente con diabetes mellitus (32).

Según Lalonde, M. (43), los estilos de vida serían la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida más y menos saludables.

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar (43).

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas (44).

Según Bibeau y Col. En Maya, L. (45), refieren que desde una perspectiva integral, es necesario considerar el estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivencia, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipos de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenece y deben de ser acorde a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (46).

Los estilos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se define como estilo de vida saludable (46).

Estilo de vida saludable, es definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, la religión, idioma, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (45).

Según Duncan, P. y Maya, S. (47) los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefieran llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano (47).

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte

determinara el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que esta se produzca (48).

El comportamiento influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, porque la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferman debe procurar asistencia y si la enfermedad es larga deben continuar el tratamiento (49).

En epidemiología el estilo de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud; pues son causantes de enfermedades entre las más importantes que afectan la salud encontramos: consumo de sustancias tóxicas (hoja de coca, alcohol), estrés, dieta, manipulación de los alimentos y relaciones interpersonales (50).

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo (51).

El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómica a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Considerando los siguientes aspectos: consumo de hoja de coca, consumo de alcohol, actividad física, mal hábito alimenticio y tratamiento farmacológico (52).

En el presente estudio el estilo de vida fue medido en base a la modificación del instrumento propuesto en el Modelo de Promoción de la salud (MPS), de Nola Pender el cual permitió una valoración de los estilos de vida; pero basado en el estilo de vida promotor de salud de los individuos, que resulta útil para las enfermeras en la asistencia, tanto en el apoyo como en la educación al paciente (34).

Las dimensiones del estilo de vida consideradas para la presente investigación son las siguientes: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud (34).

Dimensión de alimentación: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida (53).

La alimentación es educable, desde que se idea la producción de los alimentos, se gana el dinero para adquirirlos, a la hora de la compra, en la preparación y conservación de los alimentos, hasta que los ingerimos. Comemos lo que queremos, cuando queremos; al ingerir los alimentos empieza un proceso nuevo que no depende de nosotros, de nuestra voluntad, que no podemos educar, es la nutrición (54).

Dimensión Actividad y Ejercicio: Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades (51).

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de pecho, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad (50).

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo como es el de la nutrición del adulto, que le favorece a la adecuada digestión y funcionamiento intestinal favoreciendo para el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas; favorece las funciones cognitivas (51).

Dimensión Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés (52).

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos el cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular (52).

El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control (52).

Dimensión responsabilidad en salud: La responsabilidad en salud del adulto implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud (55).

Dimensión apoyo interpersonal: Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien, además estas se logran como producto de la motivación para

compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantiene por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto (56). Es una dimensión importante por considerar al ser humano como un ser eminentemente social, para lo cual él requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno (57).

Dimensión Autorrealización: El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria), y en la medida que se sucede los distintos ciclos de vida, según Erickson, el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras), van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia (58).

Los estilos de vida se calificaron de la siguiente manera:

Adecuado: Conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, para mantener su cuerpo y mente de manera adecuada, también radica esencialmente en el compromiso individual y social que se tenga, solo así se satisfacen las necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona (59).

Inadecuado: Son los comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud (60).

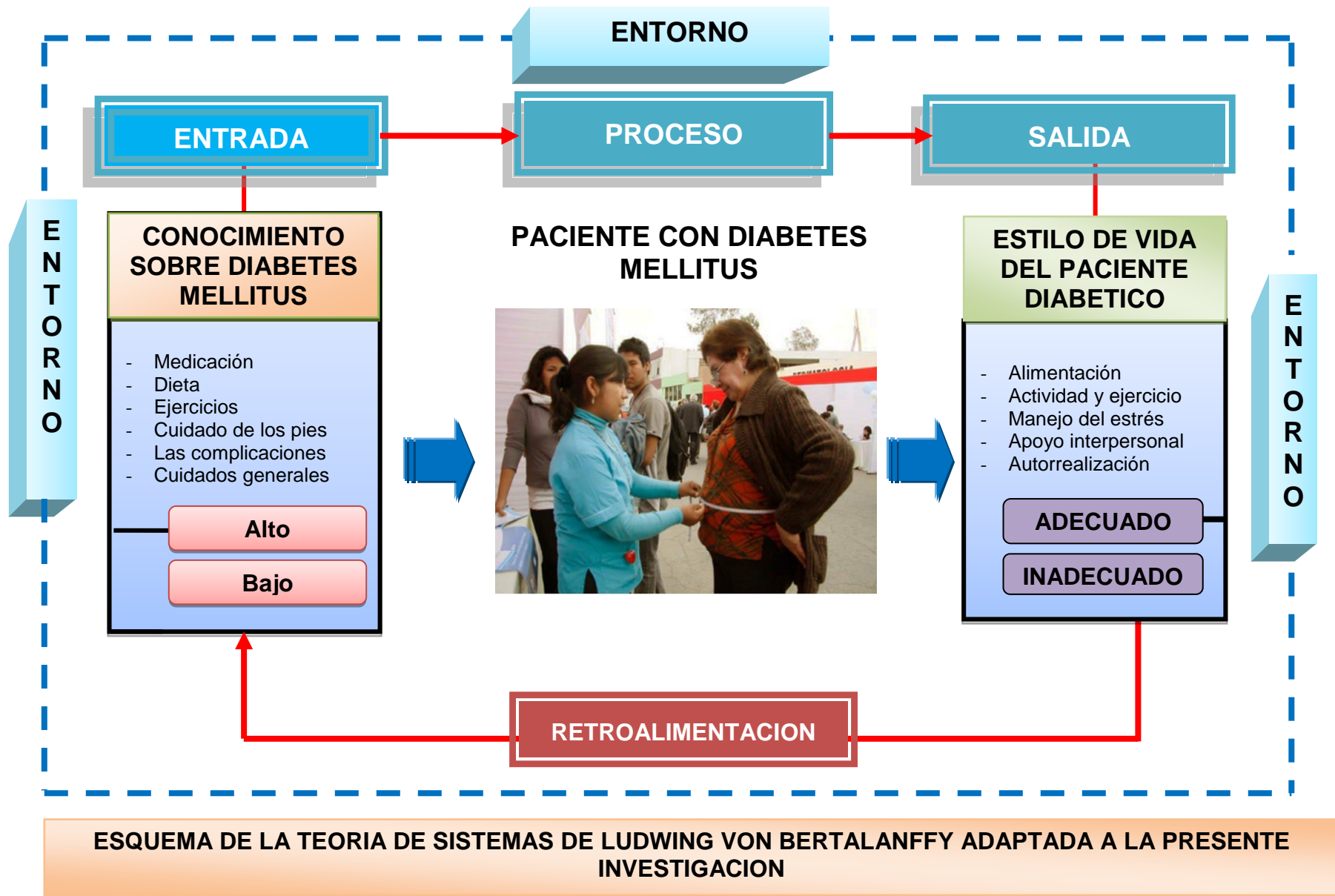
RETROALIMENTACIÓN, es el proceso mediante el cual el sistema recoge información referente al desarrollo del producto que se compara con el objetivo esperado. Esto se produce cuando las salidas vuelven a ingresar al sistema como

recursos e información. Permite utilizar la información que se recibe sobre la calidad del producto, para mejorar parcial o totalmente el sistema (31).

Para la presente investigación este elemento permite reforzar, identificar o modificar el nivel de conocimiento sobre la diabetes que se relaciona con el estilo de vida del adulto con la finalidad de mantener el equilibrio del sistema.

AMBIENTE, es el conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas que influyen en un sistema. Dado que el ambiente está cambiando continuamente, el proceso de adaptación del sistema es un proceso dinámico y sensible (31).

Para efectos de la presente investigación el ambiente se encuentra constituido por la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta de Chimbote.



III. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 MÉTODO DE ESTUDIO:

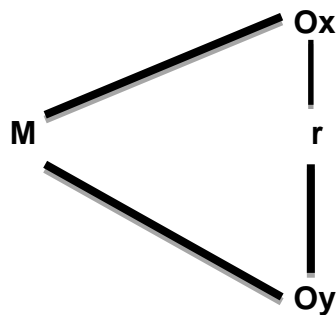
El presente trabajo de investigación es descriptivo y de corte transversal.

Es de tipo descriptivo, porque se describe las variables en estudio.

Es de corte transversal, porque en el presente trabajo las variables se miden una sola vez procediéndose a su descripción y análisis.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente proyecto es de tipo descriptivo correlacional, porque pretende relacionar estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta – Chimbote, 2016.



Dónde:

M: Pacientes con diabetes

Ox: Nivel de conocimiento

Oy: Estilo de vida

r: Relación entre estilo de vida y nivel de conocimiento..

3.3 POBLACIÓN:

La población estuvo conformada por 80 pacientes con Diabetes Mellitus que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta.

3.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Paciente con Diabetes Mellitus que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta.

3.3.2 MARCO MUESTRAL:

Libro de Registros de pacientes con Diabetes Mellitus que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta.

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos inscritos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles; en un tiempo no menor de 6 meses.
- Adultos que aceptaron y posibilitaron la aplicación de los instrumentos.
- Adultos orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos de ambos sexos con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Adultos que asistan regularmente al control.
- Adultos de 20 a 60 años de edad
- Adultos sin complicaciones u otra enfermedad crónica.

3.3.4 DISEÑO MUESTRAL:

Se trabajó con el total de la población, 80 pacientes con Diabetes Mellitus que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del Hospital La Caleta, y que reúne los criterios de inclusión por ser técnica y económicamente factible.

3.3.5 ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio de investigación consideró los siguientes principios éticos a fin de conseguir la debida aceptación y cooperación de los pacientes Adultos con Diabetes Mellitus:

- **PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:** Implica el respeto hacia la autodeterminación de las personas. En el presente estudio de investigación se respetó los datos a registrar, evitando modificaciones para obtener datos propios.

- **PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA:** Actuar en beneficio del otro. El presente estudio de investigación proporcionó información a los futuros profesionales y personal de salud para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus.

- **PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA:** Ante todo, no hacer daño, no perjudicar. En el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta la discreción en los datos personales y la privacidad de los adultos con Diabetes Mellitus.

- **PRINCIPIO DE JUSTICIA:** Comprende dos aspectos: el derecho al trato justo y equitativo, y al derecho de la privacidad.
En cuanto al de un trato justo y equitativo, tanto durante la selección de los sujetos, como a lo largo del estudio cumpliendo con los requisitos establecidos.
El derecho a la privacidad, es decir la aplicación de cada instrumento será anónimo (en el cuál solo las investigadoras conocieron la identidad de los pacientes con Diabetes Mellitus) o a través de la confidencialidad ya que constituye una garantía de que la información que proporcionaron los pacientes con Diabetes Mellitus no será divulgada a menos que cuente con su aprobación.

3.4 DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

3.4.1 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.1.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

A. ESTILOS DE VIDA:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad (61).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Mediante la escala nominal.

- **Estilo de vida adecuado:** 27 - 54 puntos
- **Estilo de vida inadecuado:** 0 - 26 puntos

3.4.1.2. VARIABLE INDEPENDIENTE:

B. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Grado de información adquirido por el adulto sobre la enfermedad Diabetes Mellitus, en cuanto a su definición, síntomas, causas, tratamiento, complicaciones y medidas preventivas para disminuir o prevenir la Diabetes (62).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Mediante la escala ordinal.

- **Nivel de conocimiento alto:** 20- 38 puntos
- **Nivel de conocimiento bajo:** 0- 19 puntos

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y la técnica de análisis de contenido, aplicando los siguientes instrumentos:

A. Escala de estilo de vida del paciente con diabetes (Anexo Nro. 01).

Instrumento elaborado por Walker Sechrist y Pender (63); adaptado por las investigadoras, para fines de la presente investigación y medir el estilo de vida a través de sus dimensiones como son:

- Alimentación: (10 ítems) del 1 al 10
- Actividad y ejercicio: (3 ítems) del 11 al 13
- Manejo del estrés: (3 ítems) del 14 al 16
- Apoyo interpersonal: (3 ítems) del 17 al 19
- Autorrealización: (2 ítems) del 20 al 21
- Responsabilidad en salud: (6 ítems) del 22 al 27

La calificación del test se realizó de la siguiente manera:

Nunca = 0 puntos

A veces = 1 puntos

Siempre = 2 puntos

Los ítems negativos se calificaron de acuerdo a la siguiente escala:

Nunca = 2; A veces= 1; Siempre = 0

De acuerdo al puntaje obtenido sobre estilos de vida se calificó de la siguiente manera:

- Estilo de vida adecuado: 27- 54 puntos
- Estilo de vida inadecuado: 0- 26 puntos.

B. Test de conocimientos sobre diabetes mellitus (Anexo Nro. 02).

Instrumento elaborado por Chang N. y Cordero K. (64), adaptado por las investigadoras. Los datos relacionados con el nivel de conocimiento constan de 38 ítems, que están distribuidos de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento sobre la enfermedad: (10 ítems)
- Medicación: (4 ítems)
- Dieta: (3 ítems)
- Ejercicios: (6 ítems)
- Cuidados de los pies: (6 ítems)
- Complicaciones: (4 ítems)
- Cuidados generales: (5 ítems)

La calificación del test se realizó de la siguiente manera:

SI = 1 Punto

NO = 0 Punto

De acuerdo al puntaje obtenido se calificó de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento alto: 20 – 38 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 0 – 19 puntos

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Directora de escuela de enfermería de la Universidad Nacional del Santa, y al director del Hospital La Caleta, para hacer conocimiento el propósito de la presente investigación.

Luego se coordinó con la jefa del departamento de enfermería del Hospital para su autorización correspondiente con la “Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles”, donde se identificó a los adultos con Diabetes Mellitus que cumplieron con los criterios de inclusión, a dichos adultos se les

informó los objetivos de la investigación, solicitándoles el permiso para la aplicación de los instrumentos.

La totalidad de los datos se recolectaron en 40 días aproximadamente.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizaron empleando el Software SPSS, previa codificación de los datos obtenidos. El análisis estadístico se realizó en dos niveles:

Nivel Descriptivo: Los resultados se presentaron en tablas unidimensionales y bidimensionales.

Nivel Analítico: Se aplicó la prueba Estadística de independencia de Criterios Chi Cuadrado (X^2), con un 5% de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación entre las variables de estudio; y el ODD RATIO (OR), para estimar el riesgo.

Las figuras se elaboran en el SOFTWARE HARVARD GRAPHIC según las variables en estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

4.1 RESULTADOS:

TABLA Nº 01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE, 2016.

ESTILO DE VIDA	fi	hi
Inadecuado	13	16.3
Adecuado	67	83.7
TOTAL	80	100,0

\bar{x} ptos estilo de vida. = 32.2 ± 7.6 ptos.

ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

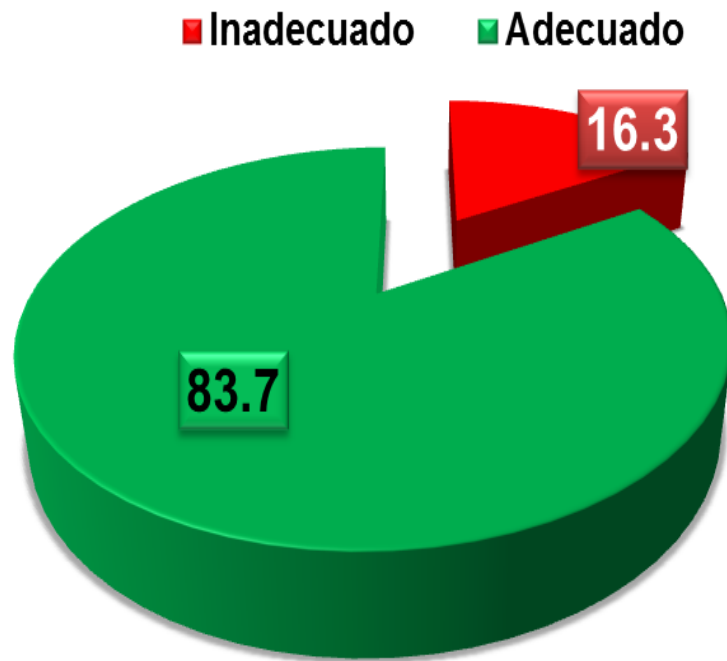


FIGURA Nº 01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA- CHIMBOTE, 2016

**TABLA N° 02: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO
DEL HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE, 2016.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES	fi	hi
Bajo	4	5.0
Alto	76	95.0
TOTAL	80	100,0

$\bar{x}_{\text{ptos.}} = 27.10 \pm 8.6 \text{ ptos.}$

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES

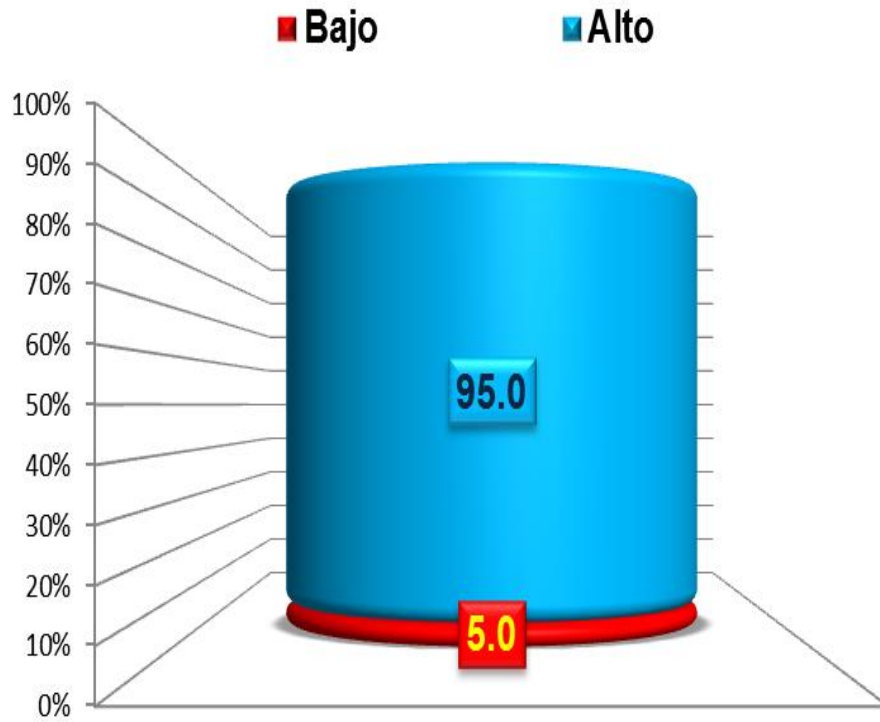
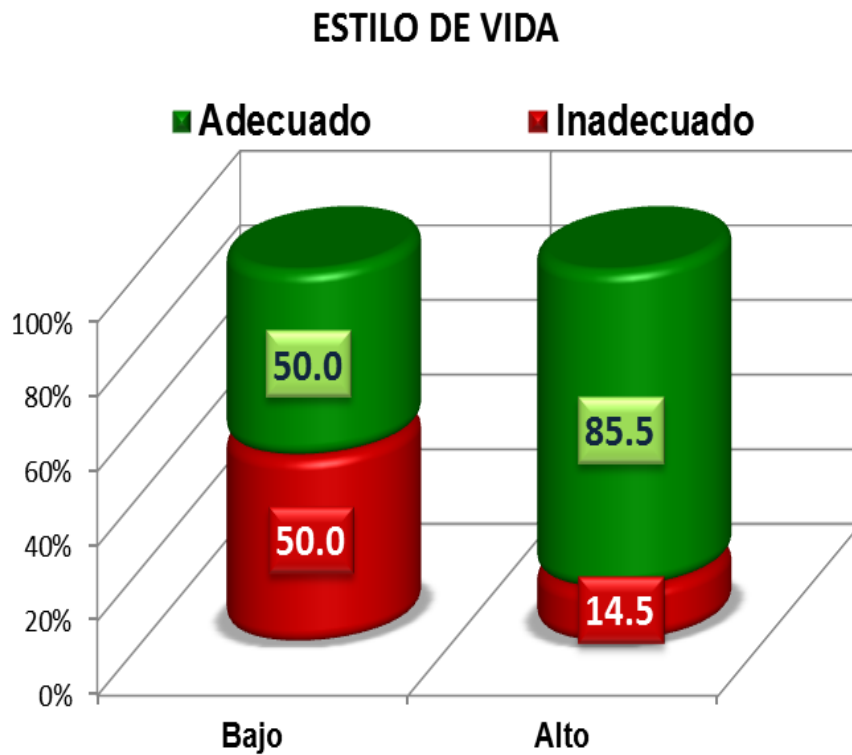


FIGURA Nº 02: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE, 2016.

TABLA Nº 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE, 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES	ESTILO DE VIDA				TOTAL	
	Inadecuado		Adecuado		fi	hi
	fi	hi	fi	hi		
Bajo	2	50.0	2	50.0	4	5.0
Alto	11	14.5	65	85.5	76	95.0
TOTAL	13	16.3	67	83.7	80	100.0

p = 0.2372 No significativo
OR= 5.9 Riesgo muy elevado



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES

p = 0.2372 No significativo
OR= 5.9 Riesgo muy elevado

FIGURA N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE, 2016.

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN

En la **Tabla Nº 01**, sobre el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus del Hospital La Caleta de Chimbote, 2016, se observó que la mayoría de los pacientes presentan estilo de vida adecuado (83.7%), seguido con mínima proporción estilo de vida inadecuado (16.3%). El promedio de puntaje obtenido sobre la escala de estilo de vida entre los pacientes con diabetes mellitus, fue de 32.2 ± 7.6 ptos., de un máximo puntaje de 54 puntos.

Los resultados son similares a lo reportado por Reyes, L. (18); Cerna, A y otros. (19); quienes encontraron mayor porcentaje de estilo de vida adecuado que inadecuado, y difieren con lo reportado por Alvarado, E y Col. (20), Montalvo, L. (13), quienes encontraron mayor prevalencia e inadecuado nivel de estilo de vida sobre diabetes mellitus.

Los resultados encontrados nos permiten evidenciar que en el grupo de estudio existe un porcentaje significativo de personas con nivel adecuado de estilo de vida. Esto refleja que los adultos, tienen la capacidad para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con la enfermedad. El estilo de vida, es la totalidad de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (65).

Y respecto a los pacientes que tienen un estilo de vida inadecuado, se debe a que muchos de ellos llevan una vida sedentaria, no realizan actividad física; consumen una alimentación no balanceada en la cual predomina las frituras y las harinas, además muchos de ellos viven solos y no reciben apoyo de sus familiares y vecinos, como consecuencia de ello presentan aumento de tensión, estrés y ansiedad provocando disminución del apetito lo que influye en una inadecuada alimentación.

Sin embargo, como se ha discutido en otros estudios, la mayor parte de la población mundial enfrenta una transición nutricional que la lleva a consumir

una mayor cantidad de alimentos altamente energéticos y bajos en fibra (49). Además, cambios en otros aspectos como el mundo del hogar, el trabajo y la urbanización, han llevado a que la población realice actividades más sedentarias en sus jornadas cotidianas y se transporte en medios masivos, teniendo como resultado un menor nivel de actividad física (56).

Los estilos de vida son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (20).

Estos son determinantes de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino de acciones de naturaleza social (58).

En la **Tabla Nº 02**, sobre el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2016, se observa, que la mayoría de los pacientes presentan alto nivel de conocimientos (95.0%), seguido con mínima proporción de bajo nivel de conocimientos (5.0%). El promedio de puntaje obtenido sobre el test de conocimiento sobre diabetes mellitus, fue de 27.10 ± 8.6 ptos., de un máximo puntaje de 38 puntos.

Los resultados son similares a lo reportado por, Correa, J. (11), quien encontró alta prevalencia de alto nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus. Y difieren de lo reportado por, Flores, C. (10), Hernández, D. (12), Noda, J y otros (14), Hajar, A. (15), Valencia, F. (17), Reyes, L. (18), Cerna, A y otros. (19), Alvarado, E y otros (20); quienes encontraron mayor porcentaje de bajo nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

Los resultados del estudio mostraron mayor nivel de conocimiento sobre la diabetes, causas y complicaciones para el manejo de la enfermedad entre los pacientes, que pueden estar relacionados con factores intrínsecos a las

personas y al sistema de salud, facilitando el acceso a las informaciones esenciales, señalando a los profesionales la necesidad de fortalecer las estrategias para la atención de las personas con diabetes, considerando los factores biopsicosociales y los recursos existentes en la unidad de salud (23)(62).

El conocimiento es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida y utilizarlo en determinado momento o situación que se presente. El nivel de conocimiento de las personas sobre diabetes, es un factor importante que se relaciona con el nivel de autocuidado, permitiéndoles participar de forma activa y directa en el control de la enfermedad en sus etapas tempranas y en la prevención de complicaciones (16).

En la **Tabla Nº 03**, sobre el nivel de conocimiento y estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2016, se observa, que entre los pacientes con bajo nivel de conocimientos el 50.0% tiene inadecuado estilo de vida y 50.0% adecuado estilo de vida. A diferencia, de los pacientes con alto nivel de conocimientos, en quienes prevalece un adecuado estilo de vida (85.5%). Entre los pacientes que presentan nivel adecuado de estilo de vida, tienen en promedio 29.5 ± 10.13 pts. de conocimiento, 4.8 pts. más que los pacientes que presentan un inadecuado estilo de vida, que tienen un promedio de 24.7 ± 7.1 pts.

Ante la prueba de independencia de criterios (χ^2 cuadrado), no existe relación significativa entre el estilo de vida y nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus ($p=0.2372$). Ante la prueba de riesgo, el tener bajo nivel de conocimiento se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado estilo de vida ($OR=5.9$), es decir, existe 5.9 veces más riesgo que presenten inadecuado estilo de vida si el paciente tiene bajo nivel de conocimiento. Asimismo, el estilo de vida se correlaciona positiva y moderadamente con el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus ($r=0.41$), es decir a mayor nivel de conocimiento mejora el estilo de vida de los pacientes.

Los resultados son similares a lo reportado por Cerna, A y otros. (19), quienes establecen que no existe relación entre estilo de vida y nivel de conocimiento.

Asimismo, existe un 50.0% de pacientes diabéticos con bajo nivel de conocimiento y con inadecuado estilo de vida, lo cual indica que este grupo probablemente no ha recibido información al respecto y si han recibido no han internalizado los conceptos además de otros factores como: falta de interés, motivación y predisposición del cambio, que disminuyen las probabilidades de participar en su propio cuidado (65).

Probablemente el nivel de conocimiento está relacionado con el grado de instrucción de los pacientes, el mismo que es un factor que garantiza la salud ya que las características y accesibilidad a la educación, puede ayudar al paciente a encarar mejor el medio en que vive (para aumentar sus ingresos, para protegerse mejor contra los riesgos y para modificar su comportamiento en beneficio de la salud). La educación puede, por tanto, influir en los estilos de vida, que se están transformando rápidamente en muchas ciudades de los países en desarrollo, donde los problemas sanitarios incluyen tanto enfermedades tradicionales del subdesarrollo como enfermedades del desarrollo. Las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, aun cuando tengan los mismos ingresos, y aun con más posibilidades de cultivar sus intereses y ocupaciones (53).

La educación es una determinante social con mayor influencia en el bienestar físico, mental y social. La educación es un componente fundamental para el desarrollo, por ende requiere toda la atención y priorización del Estado. Una educación de calidad y en pertinencia se reflejará en una generación de seres humanos que construyan un desarrollo humano sostenible y saludable (13, 51).

En tal sentido la promoción de los estilos de vida saludables debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objetivo. Deben ir orientados a modificar los determinantes más

potentes de las distintas conductas de salud. Si bien, algunos de estos son imposibles de modificar, como el género, las características biológicas o el estatus socioeconómico. Los determinantes psicológicos y conductuales son los que más suelen introducirse en los programas, sin embargo, su influencia es más débil. En contraste, los determinantes ambientales son de los más potentes y suelen ser dejados de lado en los programas. Los cambios en estos determinantes son vitales para modificar los estilos de vida de la población, cambios como por ejemplo alterar la influencia de los medios de comunicación, restringir el acceso al consumo de productos perjudiciales para la salud y facilitar el acceso a programas de ejercicio (49,53).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1 CONCLUSIONES:

- ❖ La mayoría de los pacientes con diabetes mellitus presentan estilo de vida adecuado (83.7%), e inadecuado (16.3%).
- ❖ La mayoría de los pacientes con diabetes mellitus presentan alto nivel de conocimientos (95.0%), y bajo (5.0%).
- ❖ No existe relación significativa entre el estilo de vida y nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus ($p=0.2372$), el tener bajo nivel de conocimiento se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado estilo de vida ($OR=5.9$) y, a mayor nivel de conocimiento mejora el estilo de vida de los pacientes. ($r=0.41$).

5.2 RECOMENDACIONES:

- ❖ Intervenir en forma multisectorial y multidisciplinario en el manejo y control de la diabetes, en especial la capacitación y entrenamiento de los pacientes en su estilo de vida.
- ❖ Que las instituciones de Salud y la Universidad Nacional del Santa a través de su Escuela de Enfermería, planifiquen, ejecuten y evalúen, proyectos de prevención, y de educación en estilo de vida, con participación activa y organizada de los pacientes con diabetes.
- ❖ Que el profesional de enfermería continúe liderando los programas de enfermedades no transmisibles, e intervengan considerando sus propias características sociales y culturales de los pacientes.
- ❖ La escuela Académica Profesional de Enfermería en sus diferentes cursos de Adulto, deben continuar elaborando y ejecutando Campañas de Promoción de la Salud enfocadas a mantener y/o aumentar el conocimiento sobre estilo de vida, en los pacientes con diabetes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto y familia, disminuyendo la incidencia de complicaciones.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arteaga, A., y col. (2009). Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Departamento. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
2. Organización Mundial de la Salud (2012). Guías ALAD de diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus. Fecha de acceso: 06/04/16. Disponible en:
[<http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047997.pdf>.]
3. Arteaga, y Col. (2007). Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Dpto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile.
4. Escalante, J (2001) Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Investigación en salud.
5. Polaino, L (2009). “La Diabetes”. Fecha de acceso: 21/02/16. Disponible en:
[<http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-1171.htm>]
6. González y Col. (2007). “Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. Gaceta Médica Mexicana. Fecha de acceso: 09/01/16.
7. Casanova y Col. (2011). Percepción de la familia y pacientes diabéticos sobre la enfermedad. Revista de Ciencias Médicas.

8. American Diabetes Association (2013). "Standards of Medical Care in Diabetes". Fecha de acceso: 04/12/15. Disponible en: [\[http://care.diabetesjournals.org/content/36/supplement_1/S11.full\]](http://care.diabetesjournals.org/content/36/supplement_1/S11.full)
9. Muñoz, H (2005). "Estilos de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2". Universidad de las Américas Puebla. México. Fecha de acceso: 21/06/16. Disponible en: [\[http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/603/1/R1000089.pdf\]](http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/603/1/R1000089.pdf)
10. Flores, C (2007). "Conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes que tienen los pacientes hospitalizados y sus familiares". Ecuador. 3ra ed. EdN. Masson.
11. Correa, J (2010). "Conocimiento de la Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el Centro de Salud Jorge Sinfaroso. Municipio de Granada". Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Nicaragua. Fecha de acceso: 12/09/15.
12. Hernández, D Y COL. (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. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Fecha de acceso: 07/10/15. Disponible en: [\[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf\]](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf)

13. Montalvo, L (2012). "Estilos de vida vinculado con el nivel de conocimiento en el autocuidado del paciente con diabetes mellitus en el hospital Juárez de México. Disponible en: [[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf.](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf)]
14. Noda, J y col. (2008). "Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima - Perú.
15. Hajar, A. (2008). "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar". Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima - Perú.
16. Corbacho, K y col. (2009). "Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima - Perú.
17. Valencia, F. (2010). "Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características socio demográficas - Morbilidad en pacientes con Diabetes Mellitus. Hospital Daniel Alcides Carrión". Lima - Perú. Fecha de acceso: 02/12/15. Disponible en: <http://es.slideshare.net/favi26/tesis-resumen-28949635>

18. Reyes, L. (2007). "Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas". Hospital III Es Salud. Chimbote. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote - Perú.
19. Cerna, A y col. (2007). "Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital Regional "Eleazar Guzmán Barrón". Universidad los Ángeles de Chimbote. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote - Perú.
20. Alvarado, E y col. (2009). "Nivel de Información y Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital III EsSalud. Universidad Nacional del Santa. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Nuevo Chimbote - Perú.
21. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón (2012). Oficina de Estadística e Informática. Morbilidad Hospitalaria del Resumen de tarjetas de hospitalización. Nuevo Chimbote – Perú.
22. Hospital La Caleta (2015). Oficina de Estadística e Informática. Diagnóstico y de situación de Diabetes Mellitus. Chimbote - Perú.
23. Ministerio de salud (2012). "Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en Hospitales Piloto". Fecha de acceso: 12/07/15. Disponible en: [\[http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf\]](http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf).
24. Organización Mundial de Salud (2011). La Diabetes. Fecha de acceso: 28/04/16. Disponible en: [\[http://www.who.int\]](http://www.who.int).

25. Molina Y. (2008). Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
26. Nuñez, O (2010). "Estado situacional de la Diabetes en el Perú". Fecha de acceso: 26/01/16. Disponible en: [<http://www.org.situacion.diabetes/composite.html>].
27. Balcázar, P y Otros (2008). Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus. Revista Científica Electrónica de Psicología.
28. Marriner T. (2005). Modelos y teorías de enfermería – 6ta edición. Ed. Harcourt Brace Mosby. España.
29. Lozano, R. (2009) "Teoría de sistemas". Fecha de acceso: 15/09/15. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothy-jhonson.html>
30. Chivenato, I. (2010). "Introducción a la Teoría General de la Administración". Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. de C.V. 5ta edición. Colombia.
31. Bertalanfy, L. (2011). "Teoría General de Sistemas". Fecha de acceso: 15/09/15. Disponible en: [http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+Teoria+General+De+Los+Sistemas+\(p1+--+146+Cv\).pdf](http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+Teoria+General+De+Los+Sistemas+(p1+--+146+Cv).pdf)

32. García, R. y Suarez R. (2006). La educación de pacientes diabéticos. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. Fecha de acceso: 10/09/15.
33. Orem, D. (1992). Normas prácticas de Enfermería. 1° ed. Edit. Piramida S.A. México.
34. Organización Panamericana de la Salud (2007) The U.S. – Mexicoborder diabetes prevention and control Project. Firstreport of result.
35. Alfaro, V y Mendoza, I. (2013). Nivel de información sobre diabetes mellitus y nivel de autocuidado en pacientes adultos del programa de control del Hospital EsSalud – Chepén. Tesis para optar el grado de maestra en Ciencias de Enfermería. Chepén - Perú. Fecha de acceso: 19/10/15. Disponible en: http://ucvvirtual.edu.pe/contenido_web/Docs_Adic/20140408_UCV_catalogo_de_tesis_2013-1.pdf.
36. Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes Mellitus Tipo 2. Fecha de acceso: 26/04/15. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>
37. Sociedad Española d Diabetes (2009). Diabetes y Ejercicio. Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes. España. Ediciones Mayo. Fecha de acceso: 28/10/15. Disponible en: <http://www.Sediabetes.Org/gestor/upload/file/00000977archivo.pdf>.
38. Organización Mundial de la Salud (2011). Diabetes Mellitus en el Perú. Fecha de acceso: 14/08/15. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.

39. Organización Mundial de la Salud (2013). Datos y cifras sobre Enfermedades No Trasmisibles. Fecha de acceso: 04/05/15. Disponible en: http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs355/es/p.
40. Polaino A. (2009). "La Diabetes". Ed. Martínez Roca. Madrid. Diabetes Atlas, 2 y 3 edición. Fecha de acceso: 12/09/15. Disponible en: <http://www.worlddiabetesfoundation.org/composite-1171.htm>
41. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes - ALAD (2011). Epidemiología de la diabetes de tipo 2 en América Latina. Fecha de acceso: 25/10/15. Disponible en: http://www.aladlatinoamerica.org/phoca_download/guias%20alad.pdf.
42. Revista de La Asociación Latinoamericana de Diabetes - ALAD (2011). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en América Latina. Fecha de acceso: 24/06/2016. Disponible en: <http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
43. Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. [Documento en internet]. Canadá. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

44. Mayo I. Actualidad y pertinencia del enfoque persono lógico del estilo de vida. [Monografía en internet]. Fecha de acceso: 24/09/15. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vid>.
45. Maya L. (2001). Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. Fecha de acceso: 12/07/15. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
46. Elejalde M. Principales Enfoques que han dominado la Promoción de Salud y su influencia en la práctica de Enfermería Comunitaria. Fecha de acceso: 20/02/016. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkZykZFpFVmMchJrEq.php> 46
47. Duncan, P; Maya, S. (2001). Los Estilo de Vida Saludables. Componente de la Calidad de Vida [Documento de Internet] Colombia. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio. Fecha de acceso: 04/06/04. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
48. Guerrero L, León A. Estilo De Vida Y Salud. Fecha de acceso: 12/07/2015. Disponible en: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf
49. De la Cruz E, Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. [documento en internet]. Fecha de acceso: 02/042015. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo>

50. Gamarra M, Rivera H, Alcalde M. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes. [Documento en internet]. Fecha de acceso: 22/09 2015. Disponible en:
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a08v2n2.pdf>
51. Vargas S. Los estilos de vida en la salud. [Documento en internet]. Fecha de acceso: 02/10/2015. Disponible en:
<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06Los estilos.pdf>
52. Hernández M. (2016). Estilo de vida y estrés en estudiantes universitarios del UDLA- P. México. Universidad de las Américas Puebla. Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería. Fecha de acceso: 15/03/2016. Disponible en: http://Catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/portada.html
53. Ministerio de Salud (2005). Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables. [Documento en internet]. Perú. Fecha de acceso: 20/10/2015. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/151_guiafam.pdf
54. Ministerio de salud (2005). Orientaciones técnicas de una alimentación saludable. [Documento en internet]. Perú. Fecha de acceso: 20710/2015. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/ORIENTAC>

55. Lopategui E. (2009). La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. Fecha de acceso: 26/08/15. Disponible en:
<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
56. Palomino J. Teoría de las necesidades. [Monografía en internet]. fecha de acceso: 30/09/15. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos93/teoria-necesidades-hum>
57. Universidad De Cantabria. Curso Psicosociales. [Documento en internet]. Fecha de acceso: 02/10/15. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosoci>.
58. Zaldivar D. Prevención del estrés en la tercera edad. [Artículo en internet]. Fecha de acceso: 18/07/16. Disponible en:
<http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5940>
59. Aguilar R. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Fecha de acceso: 12/09/16. Disponible en:
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=11>
60. Organización Panamericana de la Salud. Fecha de acceso: 12/09/16. Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-inadecuada>
61. Montejo, M (2009). Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis para Maestría.

Universidad Veracruzana, Instituto de Salud Pública. México.

62. García, R y Suarez, R. (1992). La educación de pacientes diabéticos. Editorial. Ciencias médicas. Ciudad de la habana. Cuba.
63. Walker, Sechrist y Pender (1995). Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEPS II). Ed. University of Nebraska Medical Center. College of Nursing 42nd & Dewey Ave.
64. Chang, N y Cordero, K. (1997). Nivel de información de los pacientes que pertenecen al programa de Obesidad y Diabetes, sobre su enfermedad y autocuidado, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Nuevo Chimbote.
65. Buenas tareas. Base de datos on line. Promoción de la salud: Nola Pender [Ensayo en internet]. Fecha de acceso: 22/08/10. Disponible en :<http://www.buenastareas.com/ensayos/Ensayo-Promocion-De-La-Salud/16035.html>

ANEXOS

ANEXO N° 02
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A.P DE ENFERMERIA



“ESCALA DE ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO”

AUTOR: Walker Sechrist y Pender (1995); adaptado por las investigadoras Giraldo, Yurico y Santisteban, Pamela.

Tenga Ud. buen día, somos estudiantes de la Universidad Nacional del Santa, a continuación se le presenta un cuestionario el cual debe responder con total sinceridad, donde se identificará la práctica de estilos de vida acerca de la Diabetes Mellitus, para lo cual solicito su colaboración.

Marque con un aspa (x) la opción que crea conveniente.

N: Nunca, **AV:** A veces, **S:** Siempre

DIMENSIONES	N	AV	S
ALIMENTACIÓN:			
1. ¿Consume alimentos a base de harinas, manteca y/o azúcar?			
2. ¿Controla su peso mensualmente?			
3. ¿Ingiere alimentos restringidos fuera de casa?			
4. ¿Consume 8 vasos de agua durante el día?			
5. ¿Consume durante el día algún tipo de fruta?			
6. ¿Consume una vez por día verduras y legumbres?			
7. ¿Consume alimentos según indicación de un profesional en salud?			
8. ¿Se siente con energías suficientes para realizar sus actividades diarias?			
9. ¿Usted realiza caminatas?			
10. ¿Retira en crudo la grasa de las carnes y la piel de las aves?			
ACTIVIDAD EJERCICIO:			
11. ¿Realiza caminatas de 30 a 45' todos los días?			

12. ¿Se siente con energías suficientes para realizar actividades diarias?			
13. ¿Realiza diariamente actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo (caminatas, actividades en el hogar)?			
MANEJO DEL ESTRÉS			
14. ¿Identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida?			
15. ¿Expresa sus sentimientos de preocupación o tensión?			
16. ¿Realiza actividades de relajación tales como: tomar siesta, paseos, ejercicios de respiración y meditación?			
APOYO INTERPERSONAL			
17. ¿Mantiene buenas relaciones con los demás?			
18. ¿Expresa sus deseos e inquietudes con las demás personas?			
19. ¿Cuándo enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás?			
AUTORREALIZACIÓN			
20. ¿Se encuentra satisfecho con las actividades que realiza?			
21. ¿Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal?			
RESPONSABILIDAD EN SALUD			
22. ¿Acude a sus controles médicos regularmente?			
23. ¿Toma medicamentos solo prescritos por el médico?			
24. ¿Toma en cuentas las recomendaciones que le brinda el personal de salud?			
25. ¿Cuándo presenta una molestia acude al establecimiento de salud?			
26. ¿Participa en actividades que fomenten su salud: sesiones educativas, campañas de salud?			
27. ¿Consume sustancias nocivas: alcohol y drogas?			

ANEXO N° 03
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P DE ENFERMERIA



“TEST DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS”

AUTORES: Chang, N y Cordero (1997); adaptado por las investigadoras Giraldo, Yurico y Santisteban, Pamela.

INSTRUCCIONES:

Tenga Ud. buen día, somos estudiantes de la Universidad Nacional del Santa , a continuación se le presenta un test el cual debe responder con total sinceridad, donde se evaluará sus conocimientos sobre la Diabetes Mellitus, para lo cual solicito su colaboración.

ENUNCIADOS	SI	NO
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD</p> <p>Sabe usted que la diabetes se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Necesitar tratamiento durante toda la vida.2. Ser una enfermedad crónica (largo plazo).3. Aumento de glucosa (azúcar) en la sangre.4. Sed excesiva y apetito exagerado.5. Presentar aumento en la cantidad de orina y la frecuencia para miccionar.6. Disminución de peso.7. Ser hereditario.8. El sobrepeso y la hipertensión son factores de riesgo para adquirirla.9. Existir dos tipos de diabetes la tipo I dependiente (insulinodependiente) que es más frecuente en jóvenes y la tipo 2 no dependiente que es más frecuente en adultos.10. El estrés puede contribuir a que aparezca la enfermedad.		

MEDICACIÓN:

11. Conoce el nombre de los medicamentos que recibe
12. Es importante tomar sus medicamentos todos los días
13. Tomar antidiabéticos con alcohol puede producir efectos indeseables.
14. Los medicamentos por vía oral indicados para la diabetes, deben ingerirse antes de consumir sus alimentos

DIETA:

15. Su dieta debe consistir en carbohidratos complejos como: pan, cereales, arroz y alimentos en alto contenido en fibra.
16. Los alimentos deben consumirse después de la ingesta de los medicamentos para disminuir la glucosa
17. Las comidas equilibradas en horarios fijos ayudan a disminuir el peso.

EJERCICIO:

18. El ejercicio debe ser regular durante 30' y de 3 a 4 veces por semana.
19. El ejercicio es parte del tratamiento y tiene acción hipoglucemiante.
20. El ejercicio mejora la función cardiovascular
21. Antes de iniciar una rutina de ejercicio debe someterse a un examen cardiovascular completo.
22. Debe consultar con un profesional el tipo de calzado más adecuado para la rutina de ejercicio planificada.
23. Debe consumir una cantidad de carbohidratos antes y después del ejercicio.

CUIDADOS DEL PIE DIABETICO:

24. Debe revisarse diariamente los pies en busca de ampollas y callosidades.
25. El tipo de calzado y calcetines debe ser cerrado, ajustado; pero sin oprimir.
26. Los pies necesitan cuidados especiales, porque la enfermedad disminuye la circulación en los pies.

<p>27. El aseo de los pies es todos los días con agua tibia, secado meticuloso y especialmente entre los dedos.</p> <p>28. Debe recortarse las uñas de los pies en forma recta para evitar el crecimiento de uñeros.</p> <p>29. Revisar la parte interna de los zapatos en busca de objetos extraños que puedan lesionar los pies.</p> <p>COMPLICACIONES:</p> <p>30. Causa daño en los ojos llegando a producir ceguera; en los riñones produciendo insuficiencia renal.</p> <p>31. Produce problemas en los vasos sanguíneos especialmente en los miembros inferiores causando gangrena y por lo tanto amputación del miembro.</p> <p>32. Las complicaciones agudas más frecuentes son la hipoglicemia y la hiperglicemia.</p> <p>33. Causa daño en los nervios periféricos ocasionando hormigueo en los miembros inferiores.</p> <p>CUIDADOS GENERALES:</p> <p>34. Acudir a sus controles médicos puntualmente</p> <p>35. Someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y neurológico anualmente.</p> <p>36. Realizar una higiene corporal diaria</p> <p>37. Evitar todo tipo de infecciones</p> <p>38. Cumplir con la dieta, ejercicio y tratamiento adecuado para evitar complicaciones.</p>		
--	--	--



ANEXO N° 04
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Estilos de vida y su relación con el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016”, el propósito de este estudio es determinar la relación entre estilos de vida y el nivel de conocimiento del paciente diabético. Hospital La Caleta. Chimbote, 2016. El presente proyecto de investigación está siendo conducida por Giraldo Jaramillo Yurico Deyce y Santisteban Tarazona Pamela Melina, con la asesoría de la Profesora Ms. Inés Rosas Guzmán de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo participar en este estudio, deberé responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomara 30 minutos de mi tiempo, mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que este contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún prejuicio. Si sintiera incomodidad, frente alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento del grupo investigador y abastecerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo,..... Doy mi consentimiento para participar en el estudio soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer las preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún prejuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando se haya concluido. Para esto puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre del asesor: Ms. Inés Rosas Guzmán

Nombre: Giraldo Jaramillo Yurico Deyce

Nombre: Santisteban Tarazona Pamela Melina

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Firma del participante y fecha

Nombre del participante