



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO II SOBRE LOS
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS
DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES, 2017

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Licenciado(a) en Enfermería

Autora:

Becerra Guevara, Tania Margarita

Asesora:

Alva Saavedra, Graciela

Jurado:

Seminario Rivas, Ruth

Saal Rueda, Maria Cecilia

Atuncar Tasayco, Urbano Mauro

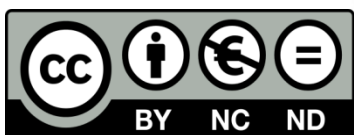
Lorenzo Mozo, Micaela

Lima - Perú

2018

Referencia:

Becerra, T. (2018). *Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5530>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO II SOBRE LOS
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS
DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES, 2017

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Licenciado(a) en Enfermería

Autor(a)

Becerra Guevara, Tania Margarita

Asesor(a)

Alva Saavedra, Graciela

Jurado

Seminario Rivas, Ruth

Saal Rueda, Maria Cecilia

Atuncar Tasayco, Urbano Mauro

Lorenzo Mozo, Micaela

Lima- Perú

2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme para poder alcanzar este logro, porque hice realidad este sueño; a mis padres Segundo Napoleón Becerra Chávez, Manuela Guevara Marchena, a mis hermanas Kathy y Jazmín por brindarme su apoyo incondicional para poder lograr esta meta.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme la oportunidad de poder estudiar, formar parte de esta casa de estudios y poder obtener el grado de licenciada en Enfermería.

A los docentes de la escuela de enfermería de la UNFV por los conocimientos brindados, por sus años de dedicación y experiencia para poder contribuir con mi formación profesional.

A mi Asesora de tesis, la doctora Graciela Alba, por compartir sus conocimientos e instruirme en todo lo necesario para la realización de este trabajo de tesis.

INDICE

I.	Introducción.....	1
	1.1 Descripción y formulación del problema.....	1
	1.2 Antecedentes.....	3
	1.3 Objetivos.....	8
	1.3.1. Objetivo general.....	8
	1.3.2. Objetivos específicos.....	8
	1.4 Justificación.....	9
II.	Marco teórico	10
	2.1. bases teóricas	10
	2.1.1. Nivel de conocimiento	10
	2.1.2. Paciente	10
	2.1.3. Estilo de vida	10
	2.1.3.4. Diabetes	10
	2.2. Base de datos o teorías	10
	2.2.1. Características de conocimiento	11
	2.2.1.1. Conocimiento filosófico	12
	2.2.1.2. Conocimiento científico	12
	2.2.1.3. Conocimiento empírico	12
	2.2.1.4. Medición del conocimiento	12
	2.2.1.5. Estilo de vida	12
	2.3. Diabetes Mellitus	14
	2.3.1. Fisiopatología	14
	2.3.2. Factores de riesgo	15
	2.3.3. Síntomas	16
	2.3.4. Diagnóstico	16
	2.3.5. Historia clínica	17
	2.3.6. Tratamiento	18
	2.3.7. farmacológico	18

2.3.8. Nutrición	19
2.3.8.1. Hidratos de carbono	19
2.3.8.2. Proteínas	20
2.3.8.3. Lípidos	20
2.3.8.4. Vitaminas y minerales	20
2.3.8.5. Sodio	20
2.3.9. Actividad física	21
2.3.10. Prevención	21
2.3.10.1. Consumo de tabaco	23
2.3.10.2. Consumo de alcohol	23
III. Método.....	25
3.1 Tipo de investigación	25
3.2 Ámbito temporal y espacial	25
3.3 Variables.....	25
3.4 Población y muestra.....	25
3.5 Instrumento.....	27
3.6 Procedimientos.....	27
3.7 Análisis de datos	27
IV. Resultados.....	28
V. Discusión de resultados	37
VI. Conclusiones	39
VII. Recomendaciones	40
VIII. Referencias	41
IX. Anexos.....	44

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales, 2017. Se utilizó el tipo de estudio descriptivo, diseño corte transversal, nivel del estudio: aplicativo. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes con diagnóstico de Diabetes, que acudieron al servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales - 2017. La técnica de investigación fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario, que se diseñó teniendo en cuenta los objetivos del estudio. La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos y la confiabilidad por alfa de Cronbach o α -20. El cuestionario estuvo elaborado por 25 preguntas subdividido en cuatro niveles (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol, información de la enfermedad, adherencia terapéutica). Resultados, el sexo con mayor incidencia de padecer diabetes es el sexo masculino reflejándose con un porcentaje de 77.78%, mientras que el sexo femenino un 22,22%. La edad de mayor incidencia de los pacientes diabéticos es entre 51 y 60 años con el 38% y un 1.11% para el rango de 20 a 30 años. De acuerdo con los resultados obtenidos sobre los estilos de vida saludable, los pacientes presentan un nivel de conocimiento bajo y se refleja en el conocimiento sobre la enfermedad, la adherencia terapéutica, el consumo de alcohol y tabaco, en el consumo de alimentos saludables, lo cual reflejó puntuaciones altas en dichas dimensiones.

Palabras clave: nivel de conocimiento, nivel de práctica, diabetes tipo II, estilos de vida

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of knowledge of the patient with type II diabetes about healthy lifestyles in the outpatient service of Hospital Sergio Bernales, 2017. Descriptive study type, cross-sectional design, study level: applicative was used. The sample consisted of 90 patients diagnosed with Diabetes, who attended the Sergio Bernales Hospital outpatient service - 2017. The research technique was the interview and the instrument was a questionnaire-type form, which was designed taking into account the objectives of the study. The validity of the instrument was performed by expert judgment and reliability by Cronbach's alpha or α -20. The questionnaire was made up of 25 questions subdivided into four levels (nutrition, physical activity, tobacco consumption, alcohol, disease information, therapeutic adherence). Results, the sex with the highest incidence of diabetes is the male sex, reflecting a percentage of 77.78%, while the female sex is 22.22%. The age of highest incidence of diabetic patients is between 51 and 60 years with 38% and 1.11% for the range of 20 to 30 years. According to the results obtained on healthy lifestyles, patients present a low level of knowledge and it is reflected in knowledge about the disease, therapeutic adherence, alcohol and tobacco consumption, in the consumption of healthy foods, what which reflected high scores in these dimensions.

Keywords: level of knowledge, level of practice, type II diabetes, lifestyles.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y formulación del problema

OMS, El número de casos registrados con diabetes mellitus se ha incrementado considerablemente desde el año 1980 con 108 millones de personas diagnosticadas hasta el 2014 con 422 millones; del mismo modo ha ocurrido un incremento considerable en la tasa de prevalencia de 4,7% en el año 1980 al 8,5% en el año 2014.

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

En el año 2012 la diabetes mellitus ocasionó 1,5 millones de muertes, y 2,2 millones de muertes a causa de hiperglucemia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) aproximó que la diabetes mellitus ocasiona 300 000 muertes al año en América Latina y el Caribe, y se requiere un aproximado de 6 700 millones de dólares al año para el tratamiento de la diabetes mellitus.

Unos 20 millones de latinoamericanos, o una de cada 26 personas, padecen diabetes, lo que la convierte en uno de los mayores problemas de salud en la región, según informó el organismo.

La diabetes ha alcanzado proporciones de epidemia en las Américas, dijo James Hospedales, OPS/OMS, Asesor Principal en enfermedades no transmisibles. América Latina y especialmente el Caribe, ha alcanzado los porcentajes más altos de diabetes en el mundo. Si no se llevan a cabo acciones inmediatas al respecto, especialmente para reducir el notable incremento de obesidad--el problema únicamente seguirá incrementando”.

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS/OMS.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2015, el 2.9% de peruanos mayores de 15 años han reportado que tienen diabetes mellitus. Esto quiere decir que aproximadamente un millón de personas ya convive con la enfermedad; Sin embargo, se estima que otro millón de peruanos padece la enfermedad, pero no ha sido diagnosticado y podría ser víctima de complicaciones médicas, como accidentes cerebro-vasculares (derrame cerebral) e infartos, así como la amputación o pérdida de extremidades por el pie diabético o falla renal. Según la Sociedad Peruana de Endocrinología, el 50% los pacientes con diabetes presentan neuropatía diabética, el 30% retinopatía, y el 20% pie diabético. Del total de pacientes con pie diabético el 50% termina con la amputación de algún miembro. A eso se debe agregar que hay un 22% de pacientes que están en riesgo de desarrollar el mal porque ya tienen una alteración del metabolismo en la glucosa.

El especialista del Ministerio de Salud Jorge Hanco Saavedra refirió que solo el 73% de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes en el país están recibiendo tratamiento farmacológico. El resto no lleva un adecuado control de la enfermedad y por lo tanto está en riesgo de tener alguna de las complicaciones mencionadas.

Hanco indicó que el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, la falta de actividad física y

la mala alimentación son los principales factores que pueden ocasionar el desarrollo de la diabetes tipo 2, que es la más común en el país y abarca el 95% de casos.

En el servicio de consultorios externos del Hospital Nacional Sergio Bernales, se observa que los pacientes que acuden a dicho servicio desconocen sobre la Diabetes; al interactuar directamente con ellos manifiestan: “señorita me da miedo tener que morir”, “que cuidados debo llevar en casa”, “como cuido mi alimentación”, entre otros.

Es por ello la necesidad de hacer el presente estudio para conocer cuánto conocen los pacientes sobre los estilos de vida saludables de la diabetes, y en base a ello aportar conocimientos a futuras investigaciones, relacionadas con las acciones de enfermería y su intervención en la orientación educativa sobre la importancia de que puedan reconocer y actuar ante el tratamiento de la diabetes.

Por lo expuesto, se creyó conveniente realizar el presente estudio sobre: ¿Cuál es el Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales, 2017”?

1.2. Antecedentes

Al realizar la revisión de antecedentes se encontró algunos estudios relacionados al tema. Así tenemos que:

López (2003) en su estudio sobre “Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. Tuvo como objetivo. Construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Material y métodos. Entre marzo de 2001 y abril de 2002 se hizo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la

delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se diseñó un instrumento de autoadministración, denominado instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos, el cual fue sometido a revisión por un panel multidisciplinario de expertos para determinar su validez lógica y de contenido. Se aplicó el instrumento en dos días diferentes a 412 sujetos adultos con diabetes mellitus. Fueron depurados los ítems considerando la frecuencia de selección de sus opciones de respuesta, su correlación ítem-total y su carga significativa en los dominios durante el análisis factorial. Resultados. Completaron el estudio 389 (94.7%) sujetos. Los coeficientes de correlación intra-clase para la validez lógica y de contenido fueron de 0.91 y 0.95, respectivamente. Después de la depuración de ítems se obtuvo un instrumento conformado por 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios que representan los estilos de vida del paciente diabético. El α de Cronbach para la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84. Conclusiones. El instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos es el primer cuestionario específico para sujetos con diabetes mellitus tipo II y tiene validez aparente, validez de contenido y buen nivel de consistencia.

Chisaguano (2015) en su estudio sobre "Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud de la ciudad de Latacunga". Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue Identificar el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud N.- 1 Latacunga con el propósito de mejorar los procesos de autocuidado. La muestra se constituyó de 30 pacientes con Diabetes tipo II que asisten regularmente a las actividades del Club de diabéticos de Julio - agosto del 2015. Para la recolección de la información se utilizó cuestionario para pacientes. Se concluyó que el sexo femenino es más afectado con un 60%, las edades mayores promedio de los

pacientes oscila entre los 50 años y el 50% solo culminaron la instrucción primaria. Dentro de las complicaciones más frecuentes que presentaron se encuentran el 53% que presento retinopatía diabética. Se evidencio que el 50% realizan actividad física, el 23% siguen instrucciones médicas y acuden al control médico periódicamente y la alimentación no es adecuada.

Cantú (2014) en su estudio sobre “Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2”. Se examina y describe el estilo de vida de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, los cuales asistieron al control de diabetes en diferentes Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana de Monterrey, N.L., México, para estudiar los determinantes individuales y establecer la relación entre el estilo de vida evaluado y el percibido. Método. La muestra fue no aleatoria, seleccionada por conveniencia, en el orden de asistencia a consulta. La población fue de 65 pacientes, que contaron con características muy similares, de acuerdo con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que accedieron voluntariamente a participar, en el periodo julio-septiembre del año 2012. Se utilizó el instrumento denominado IMEVID, para explorar el estilo de vida y se relacionó con la percepción de los pacientes y sus dimensiones. Resultado. Se colige que un 29,23% consideraba tener un “buen estilo de vida”, porcentaje que correspondió a una clasificación “saludable”, mientras que la mayor concentración se tiene un inadecuado estilo de vida (70,77%), con dos clasificaciones de los participantes; luego, un 56,92% se caracteriza por una conducta “moderadamente saludable” y solamente el 13,85% de estos se catalogó como “poco saludable”. Se detectó una correlación significativa entre el estilo de vida evaluado y las dimensiones consideradas, excepto con el estado emocional. Asimismo, se estableció una relación entre el estilo de vida evaluado y el percibido por los participantes. Conclusión. El paulatino esclarecimiento del concepto denominado “estilo de vida” ha permitido redimensionar la noción

del estado de “salud- enfermedad”. Los resultados concuerdan con otras investigaciones desarrolladas en México.

Gamboa (2013) en su estudio “Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”, tuvo como objetivo determinar la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes. El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Cuervo (2001) en su estudio “Factores personales. apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2”, tiene como propósito conocer el efecto de los factores biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida del paciente con diabetes tipo 2, adscrito al servicio de consulta externa de una institución de seguridad social en Minatitlán. El

diseño fue de tipo descriptivo correlacional, con muestreo no probabilístico, el tamaño de muestra de 106 adultos con diabetes tipo 2, un nivel de significancia de .05, poder de 80%, con un coeficiente de determinación del 15%. Para la recolección de los datos se utilizaron el Cuestionario de apoyo social, el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida adaptados para el estudio, así como una hoja de datos personales. Contribuciones y conclusiones: La muestra presentó una edad media de 58.7 años, predominó el sexo femenino (62.3%), la mayoría de los sujetos presentó sobrepeso y obesidad, el 83% presentó cifras de HbA1c en rango inaceptable, el 67.9% cuenta con baja escolaridad y el 69.8% vive con su pareja. El apoyo social percibido por el paciente es bajo $M=1.82$, las fuentes de apoyo que prevalecen son la esposa (26.4%), el esposo y la hija (24.5%) respectivamente, el estilo de vida mostró puntuaciones bajas $M = 41.22$. Los resultados obtenidos permitieron conocer que existe un efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida del paciente con diabetes tipo 2 $F(7,98) = 5.24, p < 0.1, r^2 = 29.5$

Domínguez (2016) en su estudio sobre “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional II,. Se realizó el estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, correlacional con el objetivo general de determinar los conocimientos y prácticas de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Hospital Regional II-2 de Tumbes 2016; aplicando un cuestionario a 28 pacientes que fueron atendidos en el servicio de medicina entre los meses de Mayo a Julio del 2016, el cual contenía preguntas de conocimiento sobre aspectos de definición, sintomatología, diagnóstico, control glicémico, prevención y complicaciones, y de prácticas de estilos de vida sobre aspectos de dieta, actividad física, cuidado personal y hábito de consumo de

alcohol y tabaco. Los resultados fueron representados en tablas y gráficos para su interpretación y análisis correspondiente, concluyendo que el 60.71 % presentaron un nivel bueno de conocimiento sobre su enfermedad; el 71.42 % presento practicas positivas de los estilos de vida y que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida en pacientes diabéticos internados en el servicio de medicina del Hospital Regional II –2 durante el periodo de enero a julio del 2016; un mejor nivel de conocimiento de la enfermedad se relaciona con prácticas positivas de los estilos de vida y viceversa un menor nivel de conocimiento se relaciona con prácticas negativas de los estilos de vida.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernal, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión de nutrición.

- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión de actividad física.
- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión de consumo de tabaco.
- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión de consumo de alcohol.
- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión información de la enfermedad.

- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión aspecto emocional.
- Identificar el nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable, en la dimensión de adherencia terapéutica.

1.4. Justificación

La diabetes Mellitus constituye, uno de los problemas de salud de mayor trascendencia, tanto por su frecuencia, como por su enorme repercusión social y económica, trayendo consigo diversas complicaciones; uno de los problemas que afecta a la calidad de vida de los pacientes diabéticos, es la aparición de neuropatía e insuficiencia vascular.

La enfermera debe educar, promover y brindar conocimientos sobre los cuidados y estilos de vida saludables al paciente con diabetes para facilitar la participación activa del paciente y su pronta recuperación.

Con el resultado de este estudio se hará un aporte a las instituciones prestadoras de salud, especialmente en el hospital Sergio Bernal, lo cual beneficiará a los pacientes y a la misma institución, porque motivará al personal de enfermería a planear adecuadamente los cuidados haciendo énfasis en los estilos de vida saludables al paciente diabético.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Nivel de conocimiento

Es el grado de conocimiento preestablecido ya sea alto, medio o bajo que poseen los pacientes sobre los estilos de vida saludable de la diabetes.

2.1.2. Paciente

El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": es una persona que es curada; persona del sexo masculino o femenino que presenta padecimiento físico o psicológico y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

2.1.3. Estilos 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.

2.1.4. Diabetes

La diabetes es una enfermedad en la cual no se ha establecido una cura; ocurre cuando el páncreas no produce una cantidad suficiente de insulina o cuando el organismo no hace una utilización eficaz de la insulina que produce.

2.2. Base de datos o teorías

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí

solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para Platón y Aristóteles, el conocimiento se obtiene por vías directa o indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, para Santo Tomás de Aquino, máximo representante de la corriente Escolástica, el conocimiento se produce como producto de la combinación de métodos racionales con la fe en un sistema unificado de creencias.

2.2.1. Características del conocimiento

El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia.

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información.

El conocimiento puede ser "A priori" cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "A posteriori" cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido.

Existe diversos tipos de conocimientos como; conocimiento mutuo es un tipo de conocimiento que comparte dos o más personas, conocimiento teológico es el conocimiento relativo a Dios que se llega mediante la aceptación de la revelación divina, conocimiento artístico es aquel que comunica ideas, pensamientos y sentimientos, conocimiento intelectuales la facultad del ser humano que lo distingue de los animales, conocimiento cultural es cuando en una organización se utilizan términos, procedimientos, acordados internamente.

2.2.1.1. Conocimiento filosófico. El conocimiento filosófico se obtiene a través de documentos, razonamiento sistemático y metódico acerca de la naturaleza y existencia humana. El conocimiento filosófico es racional, analítico, totalizador, crítico e histórico.

2.2.1.2. Conocimiento científico. El conocimiento científico es aquel que se adquiere a través de medios metódicos con el fin de explicar el porqué de las cosas y sus acontecimientos. El conocimiento científico es demostrable ya que cualquier persona o científico puede verificar las afirmaciones o falsedad de los hechos, así mismo, es crítico, racional, universal y objetivo. Vea también Conocimiento científico.

2.2.1.3. Conocimiento empírico. El conocimiento empírico puede ser señalado como el conocimiento vulgar, es aquel que se adquiere a través de las vivencias y experiencias propias, del medio donde el hombre se desenvuelve, es un conocimiento que se obtiene sin haberlo estudiado ni aplicado ningún método.

2.2.1.4. Medición del conocimiento. Según sus características el conocimiento se puede clasificar y medir de la siguiente manera: Cuantitativamente, según: Niveles o Grados: alto, medio, bajo. Escalas: numérica: de 0 a 20; de 10 a 100 Gráfica: colores, imágenes, etc. Cualitativamente: correcto, incorrecto; completo e incompleto; verdadero, falso.

2.2.1.5. Estilo de vida. El Glosario de promoción de la salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están

sujetas a modificaciones".

Teniendo en cuenta estas definiciones, podemos afirmar que los estilos de vida de una persona están determinados por cuatro grandes tipos de factores que interaccionan entre sí Mendoza (1994), y cuya división no es rígida, sino que todos ellos conjuntamente moldean los estilos de vida de los individuos y los grupos:

- Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida.
- Características del entorno microsocial en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil.
- Factores macrosociales: sistema social, la cultura imperante, los medios de comunicación.
- El medio físico geográfico que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y, a su vez, sufre modificaciones por la acción humana.

Un ejemplo de la influencia del medio geográfico en el estilo de vida se ha podido comprobar en el claro predominio de la actividad física en aquellas comunidades situadas en la mitad norte, frente a las ubicadas en el levante o el sur. Estos datos subrayan la importancia del clima como agente modificador de las conductas humanas, en este caso, Miquel (1998) sostiene que, de la actividad física, corroborando que las altas temperaturas predisponen a una menor actividad física.

Así, Casimiro (2000) sostiene que “la modificación de un factor macrosocial como pudo ser la aparición de la televisión o el actual bombardeo informático conlleva una variación significativa del estilo de vida”, provocando por ejemplo que un niño que antes jugaba en la calle, ahora lo hace sentado con un videojuego. Estas conductas, a veces, están más influidas por los medios de comunicación que por decisiones libres e individuales.

Según Wong de Liu (2003), sostiene que Las características fundamentales del estilo de

vida saludable, están resumidas en los siguientes cuatro apartados:

- Posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.
- Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.
- El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

2.3. Diabetes Mellitus

OMS (1999) El término diabetes mellitus define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas.

2.3.1. Fisiopatología

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de

un deterioro de la función de la célula b pancreática. Para vencer la RI, la célula b inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula b pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II. Recientemente se ha establecido que el daño de la célula b condiciona el deterioro del efecto “incretina”, pero que puede ser compensado por efecto de medicamentos que aumentan las concentraciones de GLP-1, como los inhibidores de la enzima DPP-IV (vildagliptina, sitagliptina, saxagliptina) y por los análogos de incretina (exenatida, liraglutida). El riñón también juega un papel fundamental, no sólo porque es un órgano gluconeogénico, sino porque regula la pérdida de glucosa en estado de hiperglucemia. A través de un transportador llamado SGLPT2, absorbe casi la totalidad de la glucosa filtrada; la inhibición de esta proteína augura un nuevo mecanismo para la regulación de la hiperglucemia, con la ventaja de que no aumenta de peso.

2.3.2. Factores de riesgo

- Edad mayor de 45 años.
- Obesidad o sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 kg/m²).
- Exceso de alimentos con alto índice glucémico y bajos en fibras
- Sedentarismo.
- Antecedente de diabetes gestacional o de recién nacidos macrosómicos.
- Hipertrigliceridemia.

- Intolerancia a la glucosa o glucemia anormal en ayunas.

2.3.3. Síntomas

- Polidipsia
- Poliuria
- Sequedad de boca y otras mucosas
- Polifagia
- Astenia
- Pérdida de peso
- Somnolencia
- Obnubilación
- Visión borrosa
- Prurito genital
- Disfunción eréctil
- Neuropatía
- Deshidratación

2.3.4. Diagnóstico

El diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 se realiza con la obtención de uno de los siguientes criterios:

- Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl en dos días diferentes precedido de 8 horas de ayuno.
- Glicemia a cualquier hora del día ≥ 200 mg/dl, acompañada de síntomas como poliuria, polidipsia, pérdida de peso Inexplicable.
- Glicemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una carga oral de 75 gramos de glucosa, aún en

ausencia de síntomas clásicos de diabetes.

No utilice hemoglobina glicosilada (Hb A1c), para el diagnóstico de diabetes. No se ha aceptado el uso de sangre capilar para el diagnóstico de Diabetes mellitus. Sin embargo, los niveles mayores de 100 mg en ayunas y superiores de 140 mg a cualquier hora del día, deben ser referidos para una glicemia control por laboratorio para toma de muestra en sangre venosa.

2.3.5. Historia clínica.

La historia clínica debe enfocarse en la presencia de factores de riesgo modificables, incluyendo peso corporal, consumo de sodio y grasas, actividad física, presión arterial, depresión y otros factores de estrés psicosocial y patrón de consumo de alcohol y tabaco. La historia clínica debe incluir la historia familiar de diabetes, y antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica de miembros inferiores y dislipidemia. Pregunte por los medicamentos que utiliza la persona diabética. Se deben investigar los recursos internos y externos con que cuenta la persona, los recursos comunitarios y las oportunidades de grupos de apoyo en la comunidad.

- a) Examen físico.
- b) 2 mediciones separadas de la presión arterial, (interpretadas de acuerdo a Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención).
- c) Búsqueda de soplos carotídeos, ingurgitación yugular, palpación de la glándula tiroides.
- d) Medición de la talla, peso, circunferencia de la cintura y clasificación del estado en base al índice de masa corporal.
- e) Fondo de ojo y programación anual del fondo de ojo por Oftalmología. Búsqueda de cardiomegalia (latido apexiano), arritmias y soplos cardiacos.

- f) Examen de campos pulmonares.
- g) Examen abdominal para buscar soplos, hepatomegalia y masas o una pulsación aórtica anormal.
- h) Examen de las extremidades para determinar alteraciones de los pulsos, soplos y edema.
- i) Examen clínico de los pies j. Examen de la piel; k. Evaluación neurológica.

2.3.6. Tratamiento

El objetivo general del tratamiento es el control glicémico óptimo. El mismo está basado en tres pilares fundamentales, que son el tratamiento médico, la actividad física y la alimentación saludable.

El buen control de la glicemia retrasa la aparición y reduce la progresión de ambas complicaciones. Los factores del estilo de vida, particularmente la dieta y el ejercicio son muy importantes en el control de la glicemia en todas las etapas de la enfermedad incluso cuando Los objetivos fundamentales del tratamiento son los mismos en todos los tipos de diabetes y deben basarse en un proceso educativo con participación del personal de salud, las personas diabéticas, la familia y los recursos comunitarios. Estos son: Disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida, prevenir las complicaciones agudas y a largo plazo, tratar las complicaciones, disminuir la mortalidad.

2.3.7. Farmacológico

Cuando los medicamentos se prescriben para ser tomados una vez al día, la adherencia mejora. se ha iniciado el tratamiento con medicamentos. Con el tiempo, la glicemia es más difícil de controlar por lo que hay que recurrir a la polifarmacia. En un estudio clínico de Inglaterra, cerca

de la mitad de los que iniciaron con un hipoglucemiante requirieron de un segundo medicamento tres años después del diagnóstico. A los nueve años después del diagnóstico, el 75% de las personas requirieron terapias múltiples para lograr una HbA1c de 7%

Plan de manejo:

- Un sistema de registro completo y organizado.
- Formular una alianza terapéutica individualizada entre el paciente, la familia y el equipo de salud.
- Diseñar metas a corto y largo plazo.
- Medicamentos.
- Recomendaciones nutricionales individualizadas.
- Cambios en estilos de vida.
- Educación al paciente y familia en auto-manejo.
- Auto-monitoreo de la glucosa, cetonuria, sistema de registro.
- Fondo de ojo, pie, apoyo especializado, higiene dental.
- Apoyo del sistema de atención.

2.3.8. Nutrición

2.3.8.1. Hidratos de Carbono. El porcentaje de calorías de los hidratos de carbono es variable e individual y se basa en los hábitos de consumo y en las metas de glicemia y lípidos. La proporción recomendada depende de los objetivos del tratamiento y fluctúa entre 50 - 60% de las calorías totales. Los hidratos de carbono complejos, los cuales también poseen un alto porcentaje de fibra dietaria soluble, presentes en leguminosas (granos secos), vegetales y frutas, deben ser incluidos en una dieta saludable (Recomendación A). Es aconsejable eliminar los azúcares simples (miel, azúcar) o disminuir a no más del 5% de las calorías. El uso moderado de edulcorantes no

calóricos (aspartame, sacarina, acesulfame y sucralosa), no representan riesgo para la salud y pueden ser usados en reemplazo del azúcar. Edulcorantes como sorbitol y fructosa tienen un aporte calórico similar al de la sacarosa, el que debe considerarse en el cálculo de los carbohidratos.

2.3.8.2. Proteínas. La recomendación de la OMS es de 0,8 g de proteínas por kilo por día en el adulto o 10 - 20% de las calorías totales. Frente a una reducción de la velocidad de filtración glomerular, no restringir el aporte proteico a menos de 0,6 g/kg/día para no provocar desnutrición.

2.3.8.3. Lípidos. El aporte calórico proveniente de los lípidos no debe sobrepasar el 30 % de las calorías totales. De este 30%, no más del 10% puede provenir de grasas saturadas. 10-12% del aporte debe provenir de ácidos grasos monoinsaturados (aceite de oliva, raps), y 10% de ácidos grasos poliinsaturados (aceites de maíz, maravilla o pepa de uva). Por su función preventiva de las enfermedades cardiovasculares, es deseable incluir en la alimentación de la persona con diabetes, pescados grasos, ácidos grasos poliinsaturados omega 3 (eicosapentanoico, EPA y docosahexanoico, DHA). Por otra parte, se recomienda evitar el consumo de grasas hidrogenadas presentes en margarinas, mantecas y aceites hidrogenados y en algunos alimentos procesados, y no exceder el consumo de 300 mg diarios de colesterol.

2.3.8.4. Vitaminas y minerales. Una alimentación equilibrada aporta vitaminas y minerales en cantidad suficiente y no es necesaria una suplementación, salvo en dietas hipocalóricas crónicas, embarazo, osteoporosis y en personas desnutridas.

2.3.8.5. Sodio. Reducir el consumo de sal (cloruro de sodio) a menos de 6 gramos diarios. Esto se logra restringiendo la cantidad de sal que se utiliza durante la preparación de los alimentos y eliminando el salero de la mesa. También disminuir el consumo de alimentos procesados con alto contenido de sodio.

2.3.9. Actividad física

El ejercicio puede aumentar la sensibilidad a la insulina en estos casos, aunque esto no implique un óptimo control de la diabetes de forma automática. Para conseguirlo a largo plazo, los pacientes deben desarrollar una actividad física diaria y teniendo en cuenta los siguientes factores: el momento del día en que se realiza, su duración e intensidad, los niveles de glucemia antes del ejercicio y el tipo y la dosis de insulina utilizada. Existen una serie de normas básicas a tener en cuenta antes de iniciar una sesión de ejercicio:

- Inyectar la insulina en grupos musculares que no se movilen durante la práctica de ejercicio.
- Planificar el ejercicio para realizarlo de forma regular y a la misma hora cada día, preferiblemente durante las primeras horas de la mañana.
- Adaptarlo al horario de las comidas y de la acción de la insulina.
- Administrar una cantidad extra de hidratos de carbono antes o durante el ejercicio o reducir la dosis de insulina.
- Evitar los ejercicios en condiciones de calor o frío extremos y durante los periodos de descontrol metabólico.

2.3.10. Prevención

Medidas preventivas para la población general.

- Promover el autocuidado brindando información a la población general sobre hábitos de vida saludables:

- Realizar educación alimentario nutricional utilizando como herramienta las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.
- Promover la realización de ejercicio físico en forma regular (como mínimo 30min/3 veces por semana).
- Evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas.

- Promover el control en salud. Realizar actividades educativas a nivel individual y grupal en sala de espera, así como en los distintos ámbitos comunitarios (instituciones de enseñanza, organizaciones comunitarias, deportivas, entre otros).

La reducción de peso en el paciente con sobrepeso u obesidad (con alto riesgo de desarrollar DM2) es la estrategia más efectiva para retrasar la aparición de diabetes mellitus, evitando también otras comorbilidades. Se pueden lograr cambios significativos con una reducción de un 5 a 10 % del peso. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos:

- a). Plan de alimentación hipocalórico.
- b). Ejercicio físico.
- c). Hábitos saludables.

Cumpliendo con éstos tres pilares el paciente mejorará su estado nutricional, así como su calidad de vida. Las personas identificadas con riesgo de padecer DM2, deben recibir asesoramiento nutricional para implementar cambios en su estilo de vida tendientes a optimizar su estado nutricional. El profesional de la salud realizará el Diagnostico Nutricional a través de la evaluación antropométrica (IMC según criterios de OMS, circunferencia de cintura) y la ingesta

habitual del paciente. A punto de partida de dicho diagnóstico planteará los objetivos de tratamiento focalizando en los siguientes aspectos:

- Recuperar o mantener el Estado Nutricional.
- Mantener un perfil lipídico que reduzca el riesgo de enfermedades vasculares.
- Mantenimiento de los niveles de PA que reduzcan riesgo para la enfermedad vascular.
- Alcanzar alimentación completa y equilibrada contemplando los aspectos culturales y sociales.

2.3.10.1. Consumo de tabaco. El consumo de tabaco predispone a la aparición de intolerancia a la glucosa en fumadores, ex fumadores y fumadores pasivos. La intolerancia a la glucosa se denomina "prediabetes", pues de no ser controlada puede convertirse en diabetes. El mecanismo propuesto involucra el efecto tóxico que tienen los componentes del humo de tabaco en el páncreas, órgano donde se encuentran las células beta, que producen insulina. A su vez, el tabaquismo es un factor independiente de riesgo de diabetes; es decir que puede causar la enfermedad sin que medie un aumento de peso, del colesterol o de otros factores que se asocian a la diabetes. El riesgo de desarrollar diabetes tipo II en fumadores es dosis dependiente y permanece a pesar de dejar de fumar. En ex fumadores el riesgo disminuye con el tiempo, pero, es siempre mayor que en personas que no han fumado.

2.3.10.2. Consumo de alcohol. Al consumir alcohol puede reducirse excesivamente los niveles de glucosa en sangre debido a que el hígado libera glucosa para mantener los niveles correctos. Cuando se bebe, el hígado está ocupado eliminando el alcohol. Por lo tanto, existe riesgo de hipoglucemia. También, con algunos tipos de bebida, puede producir hiperglucemia, debido al contenido en azúcares, sobre todo al combinar con refrescos. Recordemos que la hiperglucemia

aguda y crónica modifica la respuesta normal de la célula BETA (productora de insulina) generándose también una resistencia a nuestra propia insulina.

Un consumo excesivo de alcohol es altamente perjudicial para cualquier persona, pero especialmente para los diabéticos y pacientes con enfermedades cardiovasculares. Aunque es cierto que la mayoría de estudios científicos apuntan que un consumo moderado podría ser beneficioso para prevenir la diabetes y las enfermedades del corazón, también son numerosos los estudios científicos que asocian el consumo de alcohol con un aumento en el riesgo de desarrollar diferentes tipos de cáncer como el cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, pecho, hígado y de intestino, según el WCRF (World Cancer Research Fund). Todavía no existen estudios concluyentes, en ambos casos, que expliquen como el alcohol conduce a estos resultados, por lo que los estudios se basan en datos estadísticos.

No todas las bebidas son iguales ni aportan las mismas calorías, así que deberemos tenerlo en cuenta si se incluyen en la dieta, llevando siempre un control exhaustivo de los niveles de azúcar en sangre y acompañándolo de ejercicio moderado.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

En el presente estudio fue de tipo descriptivo, diseño corte transversal, nivel del estudio: aplicativo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Sergio Bernales, Se encuentra ubicado en la Av. Tupac Amaru N° 8000, en el distrito de Comas. El hospital Sergio Bernales cuenta con los servicios de medicina, cirugía, pediatría, emergencia, consultorios externos y entre otros servicios.

3.3. Variable

Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales, 2017.

Conjunto de ideas y conceptos que posee los pacientes sobre los estilos de vida del paciente diabético. La enfermera abarcará siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información de la enfermedad, emociones y adherencia terapéutica; donde la enfermera reforzará la educación y orientará al paciente logrando así su participación.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población Estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes que acuden al servicio de medicina de consultorios externos.

MESES	CANTIDAD DE PACIENTES CON PERMANENCIA PROLONGADA EN CAMA
ENERO	89
FEBRERO	77
MARZO	63
ABRIL	115
MAYO	96
JUNIO	87
JULIO	95
AGOSTO	113
SETIEMBRE	73
OCTUBRE	85
NOVIEMBRE	92
DICIEMBRE	96
TOTAL	365

$1081/12(\text{total de meses}) = 90.083333333 = 90$ pacientes.

3.4.2. Muestra

estuvo conformada por 90 pacientes con diagnóstico de Diabetes, que acudieron al servicio de consultorios externos.

Tipo de muestro: se utilizó un muestreo probabilístico al azar ya que cada elemento de la población tiene idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

3.4.2.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes que sea diagnosticado de diabetes, que sepa leer.
- Pacientes que sea diagnosticado de diabetes que desee participar en el estudio.
- Paciente que se encuentre en un rango de edad entre 20 a 60 años

3.4.2.2. Criterios de exclusión.

- Paciente que no desee participar en el estudio.

3.5. Instrumentos

La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario, que se diseñó teniendo en cuenta los objetivos del estudio. La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos y la confiabilidad por alfa de Cronbach o α -20.

3.6. Procedimiento

Concluida la recolección de datos se procesó la información en forma manual utilizando el programa Excel, elaborando Tablas de Códigos y la tabla matriz para luego ser presentados los resultados en gráficos y/o cuadros estadísticos para su respectivo análisis.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis se utilizó Tablas de Códigos (asignando 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta), y la Tabla Matriz para luego ser presentados los resultados en gráficos y/o cuadros estadísticos para ser analizados e interpretados considerando el marco teórico.

3.8. Consideraciones éticas

El trabajo de investigación se llevó a cabo previa autorización de la jefa del Departamento de Enfermería del Hospital y del Consentimiento Informado de cada paciente.

IV. RESULTADOS

PACIENTES CON DIABETES TIPO II: 90 PACIENTES

Tabla 1.

Sexo de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	70	77.78
Femenino	20	22.22
Total	90	100.0%

El 77.78% de los pacientes participantes en el estudio son de sexo masculino, mientras que sólo el 22.22% de los pacientes participantes en el estudio son de sexo femenino.

Figura 1.

Distribución de la muestra según sexo.

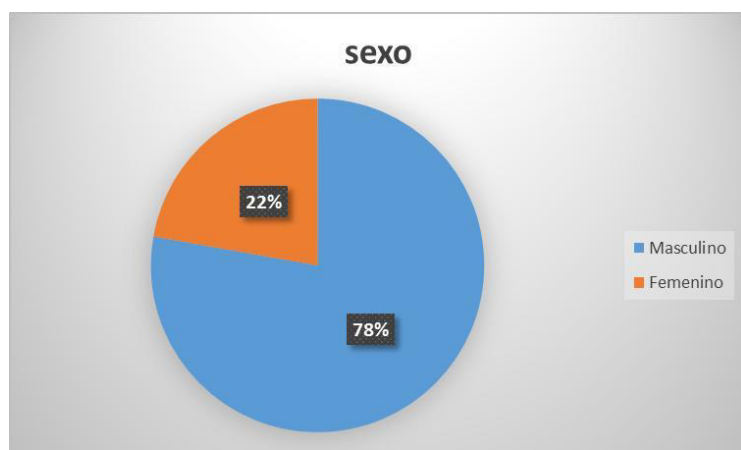


Tabla 2.*Edad de los pacientes*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-30 años	1	1.11%%
31-40 años	25	27.78%
41-50 años	26	28.89%
51-60 años	38	42.22%
Total	90	100,0%

El 38% de los pacientes participantes en el estudio posee entre 51 – 60 años de edad, el 28.89% de los pacientes participantes en el estudio posee entre 41 – 50 años de edad, el 27.78% de los pacientes participantes en el estudio posee entre 31 – 40 años de edad y 1.11% de los pacientes participantes en el estudio posee entre 20 – 30 años.

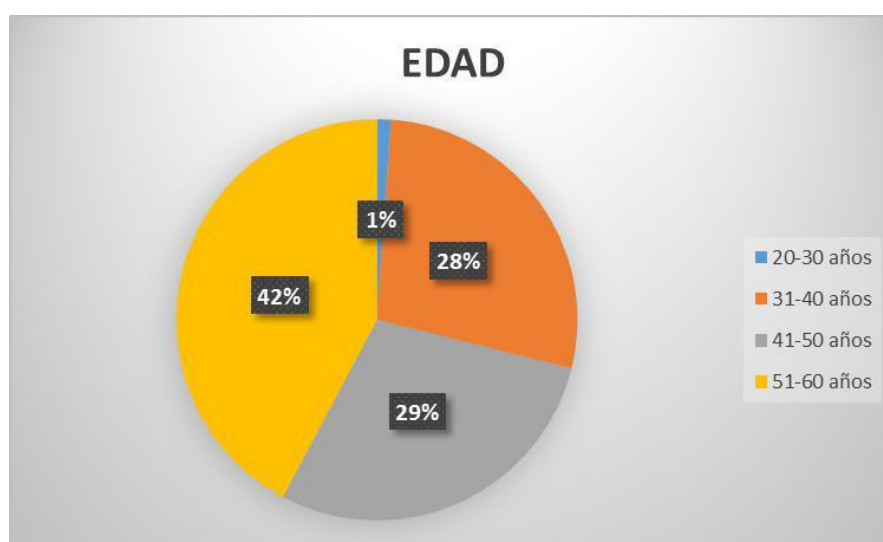
Figura 2.*Distribución de la muestra según Edad.*

Tabla 3.*Nutrición*

Nutrición	N° De pacientes	PORCENTAJE
ALTO	35	39%
MEDIO	31	34%
BAJO	24	27%
TOTAL	90	100%

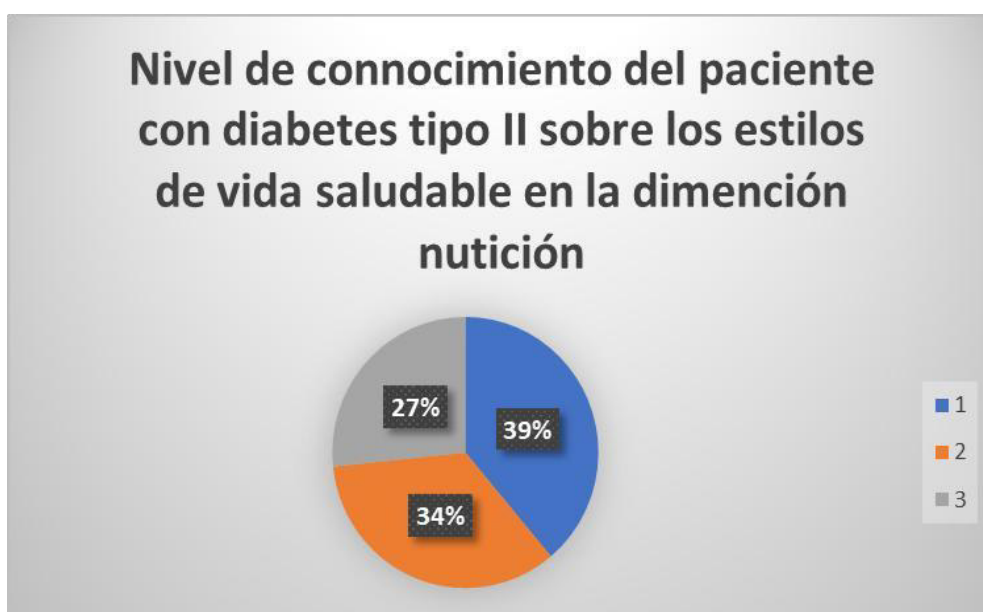
Figura 3.*Nutrición*

Tabla 4.*Actividad física*

Actividad física	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	45	50%
MEDIO	16	18%
BAJO	29	32%
TOTAL	90	100%

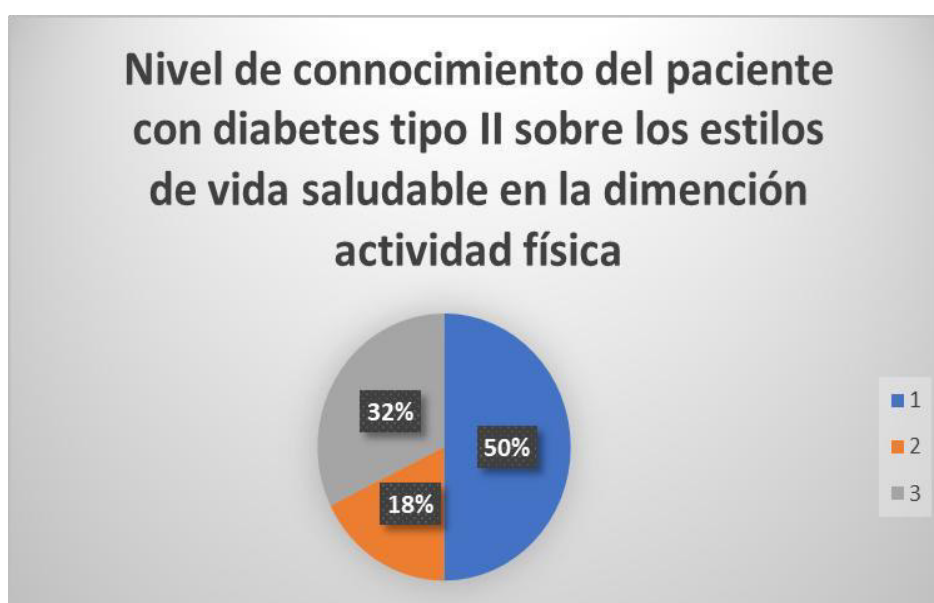
Figura 4.*Actividad física*

Tabla 5.*Consumo de tabaco*

CONSUMO DE TABACO	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	49	54%
MEDIO	24	19%
BAJO	17	27%
TOTAL	90	100%

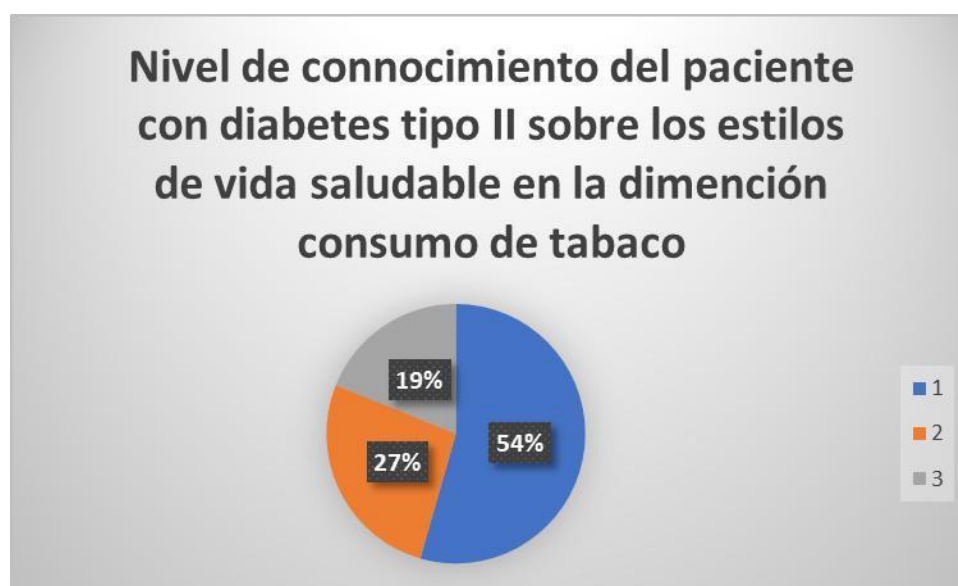
Figura 5.*Consumo de tabaco*

Tabla 6.*Consumo de alcohol*

CONSUMO DE ALCOHOL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	38	42%
MEDIO	25	30%
BAJO	27	28%
TOTAL	90	100%

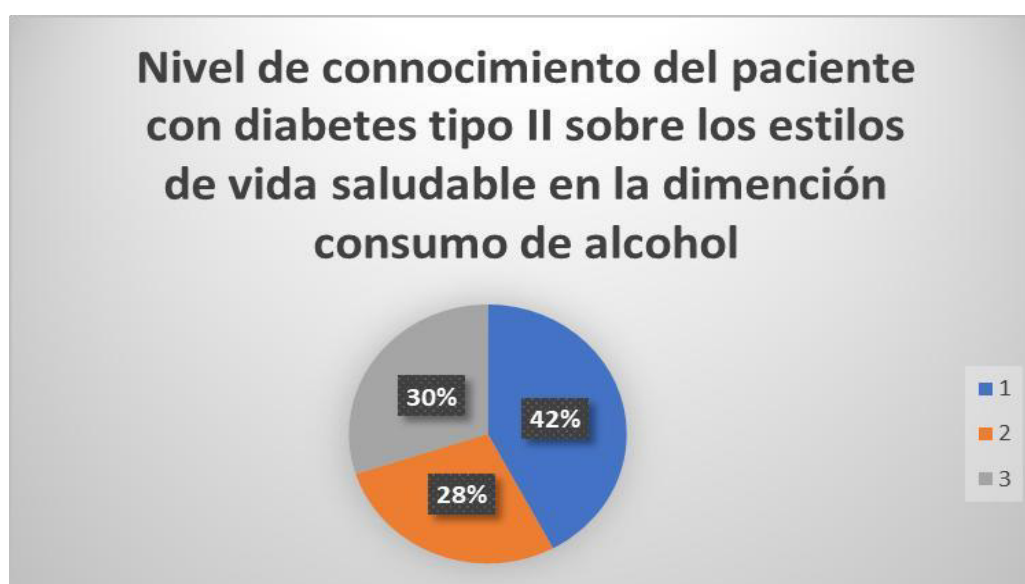
Figura 6.*Consumo de alcohol*

Tabla 7.*Información de la enfermedad*

INFORMACION DE LA ENFERMEDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	22	24%
MEDIO	52	58%
BAJO	16	18%
TOTAL	90	100%

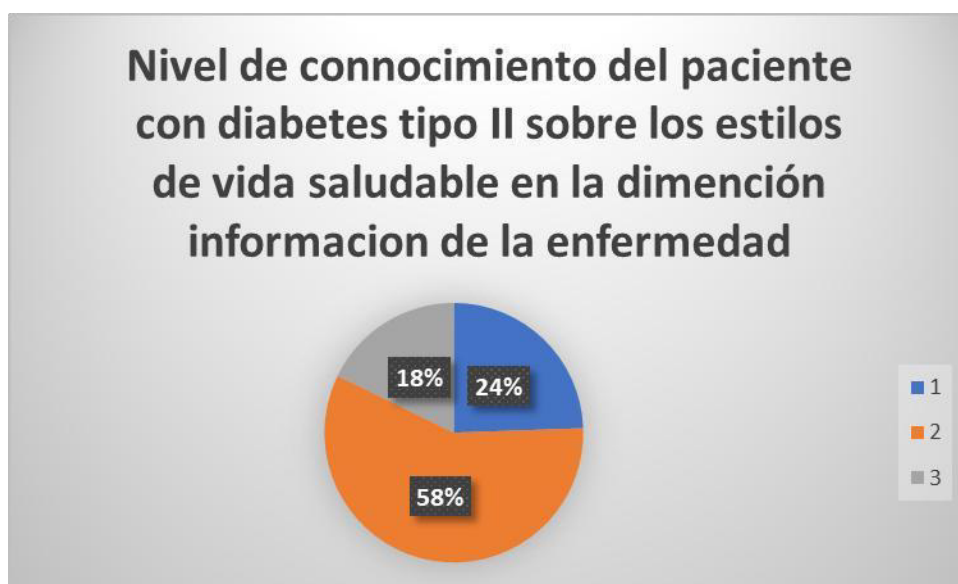
Figura 7.*Información de la enfermedad*

Tabla 8.*Aspecto emocional*

ASPECTO EMOCIONAL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	18	20%
MEDIO	29	32%
BAJO	43	48%
TOTAL	90	100%

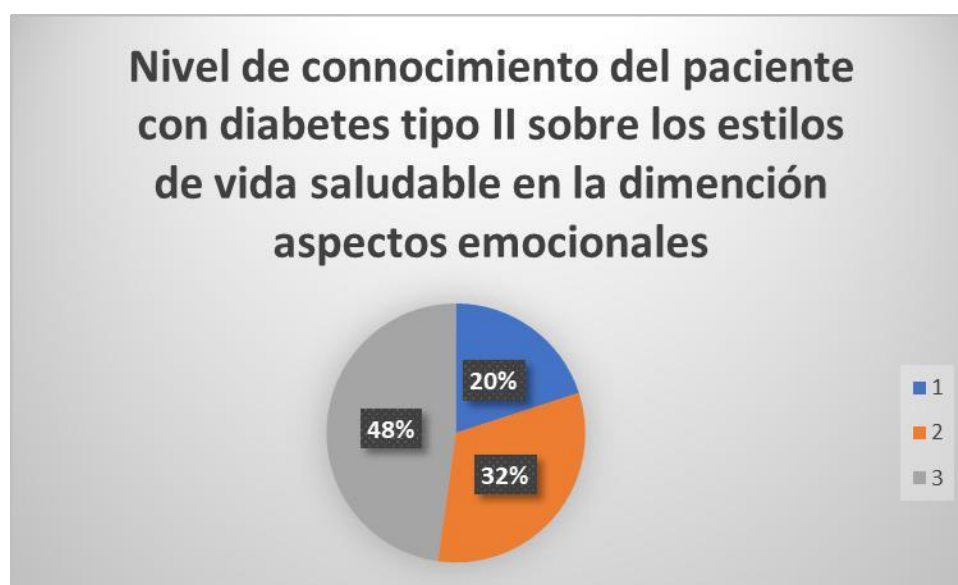
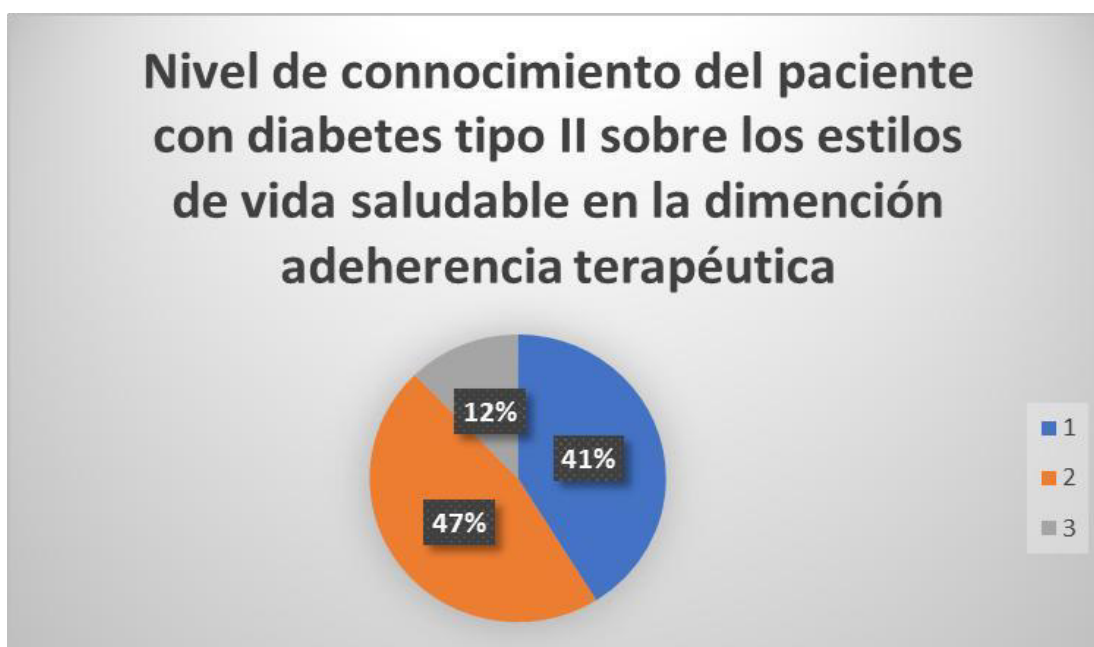
Figura 8.*Aspecto emocional*

Tabla 9.*Adherencia terapéutica*

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
ALTO	37	41%
MEDIO	42	47%
BAJO	11	12%
TOTAL	90	100%

Figura 9.*Adherencia terapéutica*

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con López (2003) sobre Construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, consto de 25 preguntas cerradas que fueron aplicados en el presente estudio con las dimensiones de nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, emociones, información de la enfermedad y adherencias terapéuticas

De acuerdo con los resultados obtenidos en la dimensión actividad física el 50% presenta conocimiento alto y hace relación a Chisaguano (2015) en su estudio “estilo de vida en los pacientes con diabetes tipo II”.

De acuerdo a los resultados obtenidos, este estudio muestra relación con Chisaguano (2015), de acuerdo al parámetro de edad el cual indica que la población afectada muestra mayor incidencia en la población de 50 años y no nos muestra relación de acuerdo al sexo el cual indica que el sexo con mayor incidencia es el sexo femenino y en este estudio los resultados fueron que el sexo masculino es el más afectado.

De acuerdo con los resultados obtenidos en las dimensiones nutrición, actividad física; consumo de alcohol, presentan un nivel de conocimiento alta y presenta relación con Milka Domínguez (2016).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la dimensión aspecto emocional presenta un nivel de conocimiento bajo y presenta relación con el estudio Gamboa (2013) en las cuales indica que el estilo de vida presenta puntuaciones bajas y el apoyo social es bajo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en relación con Cantú (2014), la población

muestra un inadecuado estilo de vida con un porcentaje e 70% y en este estudio se reflejó en el consumo de alcohol y tabaco, nutrición y conocimiento de la enfermedad.

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre los estilos de vida saludable, los pacientes presentan un nivel de conocimiento bajo y se refleja en el conocimiento sobre la enfermedad, la adherencia terapéutica, el consumo de alcohol y tabaco, en el consumo de alimentos saludables, lo cual reflejó puntuaciones altas en dichas dimensiones.

VI. CONCLUSIONES

- Nutrición: 39% conocimiento alto, 34% conocimiento medio y 27% conocimiento bajo.
- Actividad física: 50% conocimiento alto, 18% conocimiento medio y 32% conocimiento bajo.
- Consumo de tabaco: 54% conocimiento alto, 19% conocimiento medio y 27% conocimiento bajo.
- Consumo de alcohol: 39% conocimiento alto, 34% conocimiento medio y 27% conocimiento bajo.
- Información de la enfermedad: 39% conocimiento alto, 34% conocimiento medio y 27% conocimiento bajo.
- Aspecto emocional: 20% conocimiento alto, 32% conocimiento medio y 48% conocimiento bajo.
- Adherencia terapéutica: 41% conocimiento alto, 47% conocimiento medio y 12% conocimiento bajo.

VII. RECOMENDACIONES

- Coordinación con el Departamento de Enfermería y el Servicio de Consultorios, para la realización de sesiones educativas al paciente con Diabetes tipo II.
- Realizar estudios que apoyen y fomenten las buenas prácticas en el cuidado de los pacientes con Diabetes tipo II
- Fortalecer el liderazgo de la enfermería en el cuidado de pacientes con diabetes tipo II.
- Considerar como punto de partida esta investigación, a fin de promover estudios más complejos.

VIII. REFERENCIAS

- Chisaguano, E y Ushiña, E. (2015). *Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud de la ciudad de Latacunga. Ecuador*. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>
- Cuervo, A (2001), *Factores personales. apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. México*. [Tesis de posgrado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional UANL. <http://eprints.uanl.mx/6106/1/1080089072.PDF>
- DiFarma (2017). Diabetes y ejercicio físico. <https://www.difarmasrl.com/novedad/diabetes-y-ejercicio-f%C3%ADsico>
- Domínguez, M. y Flores, L. (2016) *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional II. Perú*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio UN Tumbes. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/10/TESIS%20DOMINGUEZ%20Y%20FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saray, J. (15 de abril de 2016). *Estilos de vida saludable*. <http://sjbbestilodevida.blogspot.pe/2016/04/estilo-de-vida-saludable.html>
- PAE en pacientes con Diabetes Mellitus 2. (3 de junio de 2014). *Fisiopatología de Diabetes Mellitus 2*. <http://paedm2.blogspot.pe/p/normal-0-21-false-false-false-es-mx-x.html>
- Gamboa, C. (2013). *Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis Digitales UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3625>

Diabetes Education Online. (2007). *La diabetes y el alcohol*. <https://dte.ucsf.edu/es/la-vida-con-diabetes/dieta-y-nutricion/la-diabetes-y-el-alcohol-2/>

López-Carmona, J., Ariza-Andraca, C., Rodríguez-Moctezuma, J., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-267. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400004&lng=es&tlng=es

Manrique, H. (2015). Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% de personas no está diagnosticada. *Perú 21*. <http://peru21.pe/actualidad/dia-mundial-diabetes-peru-50-personas-no-estadiagnosticada-video-2262284/>

Cantú, P. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-14. <https://www.redalyc.org/pdf/448/44832162002.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Estilo de vida*. https://www.um.es/innova/OCW/actividad_fisica_salud/contenidos/estilo_de_vida.html#:~:text=El%20Glosario%20de%20promoci%C3%B3n%20de,durante%20sus%20procesos%20de%20socializaci%C3%B3n.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Informe mundial sobre la Diabetes*. <https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/107/informe-mundial-sobre-la-diabetes-de-la-oms--resumen-de-orientacion>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453:2012-diabetes-shows-upward-trend-

americas&Itemid=1926&lang=es#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%2C%20se%20calcula,seg%C3%BAn%20estima%20la%20OPS%20FOMS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). *Revista de ciencias médicas de Cienfuegos*. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/announcement/view/1121/>

Prevención y control de diabetes Mellitus. (2018). Recuperado de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

Wong. (2012). *Estilos de vida*. <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf/>

IX. ANEXOS

ANEXO A

CUESTIONARIO

I. Introducción: Buenos días con todos ustedes, me es grato dirigirme a Ud. para informarle que estoy realizando un estudio de investigación titulado “Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernal, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento acerca los estilos de vida saludable de su enfermedad, Agradezco su participación.

II. DATOS GENERALES:

A. EDAD: SEXO:.....

B. ESTADO CIVIL:

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

D. ORIENTACION RECIBIDA: SI () NO ()

E. PROCEDENCIA:

F. ¿TIENE USTED ALGUN FAMILIAR QUE PADEZCA DE

DIABETES SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:.....

1. Con que frecuencia come verduras	Todos los días de la semana	Casi nunca	nunca
2. Con que frecuencia come frutas	Todos los días de la semana	Casi nunca	nunca
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 a más
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más
17. ¿A cuántas charlas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre

22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	frecuentemente
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

ANEXO B

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición Conceptual de la Variable	Dimensiones	Indicadores
Nivel de conocimiento del paciente con diabetes tipo II sobre los estilos de vida saludable en el servicio de consultorios externos del Hospital Sergio Bernales, 2017	Conjunto de ideas y conceptos que posee los pacientes sobre los estilos de vida del paciente diabético. La enfermera abarcará siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información de la enfermedad, emociones y adherencia terapéutica; donde la enfermera reforzará	♦ Nutrición	- frecuencia - tipo de alimentación - número de raciones

	la educación y orientará al paciente logrando así su participación.	♦ Actividad física	- tipo de actividad física. - duración e intensidad. - planificación de la rutina.
		♦ Consumo de tabaco	- frecuencia - dosis
		♦ Consumo de alcohol	- frecuencia - dosis
		♦ Información de la enfermedad	- definición. - fisiopatología.

			- factores de riesgo - síntomas. - diagnostico. - tratamiento -prevención.
		♦ Emociones	- negación. - miedo. - culpa - enojo. - confusión. -depresión.
		♦ Adherencia terapéutica	- seguir adecuadamente el tratamiento

			- Asistir puntualmente a consultas. - conciencia de la enfermedad.
--	--	--	--