



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES  
MELLITUS EN PACIENTES DEL HOSPITAL III  
YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2017”**

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

**TATHIANA HAYDEE REVILLA CHIRINOS**

**Asesor Principal : Mg. Jesús Chávez Parillo  
Asesor metodólogo : Dra. Ninfa Meza de P.  
Asesor de redacción : Dr. Juan C. Cavero A.**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

*A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme dado salud para lograr mis objetivos.*

*A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

*A mi hermana por compartir los buenos y malos momentos por apoyarme siempre a lo largo de todo este tiempo.*

*A mi novio Luis que durante todo este tiempo ha estado ahí apoyándome, por su motivación, su compañía brindándome cariño y amor, porque te amo y sé que estaremos juntos siempre y para siempre, por ser parte de mi vida. Te amo con mi vida.*

TATHIANA

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS**

*Por ser el ejemplo más grande del amor en este mundo, además de su infinita bondad y amor y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

### **A LA INSTITUCIÓN**

*A la universidad Alas Peruanas y sus docentes, por brindarme la oportunidad de ser una profesional de enfermería.*

### **A MI FAMILIA**

*A mi PADRE, mi MADRE, mi HERMANA*

*Siempre me dieron la fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y guiado hasta donde estoy ahora.*

### **A MI NOVIO**

*LUIS ALBERTO, por darme amor, apoyo, confianza, tantos gestos de amor y compartir nuevos e inolvidables momentos en mi vida, eres todo para mí infinitamente agradecida mi amor.*

**TATHIANA**

## RESUMEN

La presente tesis, tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017. Se trata de un estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario IMEVID para medir la variable de estilo de vida, y el cuestionario de Morisky Green para medir la variable de adherencia al tratamiento. La población estuvo constituida por todos los pacientes del Hospital III Yanahuara de ESSALUD. La muestra calculada fue de 342 pacientes. Los resultados precisan que: la mayoría de los pacientes son de género femenino (50,9%), la edad de la mayoría de los pacientes entrevistados oscilan entre 56 a 65 años (36,8%). Se evidenció que el 87,7% de pacientes entrevistados tienen un inadecuado estilo de vida, y un 66,7% no tienen adherencia al tratamiento. Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ ), entre el estilo de vida y la adherencia tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

**Palabras clave:** Estilo de vida, Adherencia al tratamiento, Diabetes mellitus.

## ABSTRACT

The present thesis aims to determine the relationship between lifestyle and adherence to the treatment of diabetes mellitus in patients from the Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017. This is a correlational descriptive cross-sectional study. The instruments used were the IMEVID questionnaire to measure the lifestyle variable, and the Morisky Green questionnaire to measure the treatment adherence variable. The population was constituted by all the patients of Hospital III Yanahuara of ESSALUD. The calculated sample was 342 patients. The results indicate that: the majority of the patients are female (50.9%), the age of the majority of the patients interviewed oscillate between 56 to 65 years (36.8%). It was evidenced that 87.7% of patients interviewed had an inadequate lifestyle, and 66.7% had no adherence to treatment. With a confidence level of 95% and a margin of error of 5%, there is a statistically significant relationship ( $p\text{-value} = 0.000 < 0.05$ ), between lifestyle and adherence treatment of diabetes mellitus in Hospital III patients Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

**Key words:** Lifestyle, Adherence to treatment, Diabetes mellitus.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de investigación	8
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de Términos	28
2.4. Hipótesis	29
2.4.1. Hipótesis general	29
2.4.2. Hipótesis específica	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	31
2.5.2. Definición operacional de la variable	32
2.5.3. Operacionalización de la variable	33

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	34
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	35
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	40
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	40
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>49</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)</b>	<b>57</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	42
<i>Población en Estudio según Género, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017</i>	
.	
<b>Tabla 2</b>	43
<i>Población en Estudio, según Edad, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017</i>	
<b>Tabla 3</b>	44
<i>Población en Estudio, según Estilo de Vida, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017</i>	
<b>Tabla 4</b>	45
<i>Población en Estudio, según Adherencia al Tratamiento, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017</i>	
<b>Tabla 5</b>	46
<i>Correlación entre el Estilo de Vida y la Adherencia al Tratamiento, en Pacientes del Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017</i>	



## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de glicemia, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad. (1)

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. En el Perú la diabetes mellitus es la décimo quinta causa de mortalidad. (2)

La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. En el Perú afecta a casi 2 millones de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. Las posibles complicaciones son ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

Se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia, aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (3)

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal el cumplimiento de la medicación los exámenes periódicos y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición.

Ante estos datos alarmantes se propone que el modelo de educación más efectivo en DM2, debe ser estructurado desde el momento del diagnóstico, debe ser remitido al lugar más próximo donde esté disponible, con sesiones grupales de 5 a 10 personas dictados por un profesional de salud donde se enfatice la importancia de la adherencia al tratamiento, debe ser un programa completo, permitiendo que el paciente conozca su enfermedad y pueda auto-controlarse. (4)

Un programa bien estructurado debe tener la durabilidad del efecto de más de dos años, durante los primeros seis meses se recomienda contactos mensuales. La educación debe ser un componente fundamental del manejo de la diabetes durante toda la vida del paciente. (5)

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La diabetes mellitus es considerada la enfermedad del siglo, debido a su gran incremento en los últimos años. La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. (6)

La diabetes mellitus actualmente es considerada como una amenaza mundial, para 2013 en el mundo se estimó en 382 millones el número de adultos con diabetes 46% de ellos no diagnosticados y casi la mitad con edades comprendidas entre los 40 y 59 años. En América, habían unos 59 millones de casos estimados de diabetes: 24 millones en América Central y

Sur y 35 millones en Norte América y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y Sur crecerá en un 60%. Según la federación internacional de la diabetes habrían 1,5 millones que padecen de diabetes en el Perú. La magnitud de la misma está en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación. (7)

El problema con el tiempo ha sido más evidente en adultos mayores. La edad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de Diabetes Mellitus, siendo equivalente al índice de masa corporal. El 50% de los diabéticos son mayores de 60 años y un 25% de los pacientes mayores de 65 años tienen diabetes. (8)

En los adultos mayores se produce un cambio en la tolerancia a la glucosa, estimándose que la glucemia en ayunas aumenta entre 1 a 2mg y la post prandial 15 mg por cada década después de los 30 años. Esto se debería a un aumento fisiológico en la resistencia a insulina y al deterioro en la secreción de insulina. (9)

La distribución y frecuencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y sus complicaciones son bien conocidos, no obstante, y a pesar de que en el país se cuenta con un programa de acción de prevención y control, existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz, en este sentido la prevención y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) representa un reto para los responsables de la salud pública del país, y al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables como los malos hábitos de alimentación y sedentarismo. Estos últimos sumados a la carga genética, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituyen las principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad. (10)

El estilo de vida “es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”. Sin embargo, si se pretende mejorar la salud cambiando los estilos de vida, la acción no solo debe ser dirigida al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida, que interactúan para producir y mantener estos patrones. (11)

Por otro lado, entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, al igual que la responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales y actividades laborales. (12)

Cabe señalar que las intervenciones en el estilo de vida a través de dieta, ejercicio y educación para la salud reducen riesgos de complicaciones como problemas cardiovasculares en pacientes que viven con diabetes mellitus. (13)

Por otro lado, el tratamiento de la diabetes mellitus debe fundamentarse en el conocimiento de su fisiopatología, el que comprende diversos aspectos como el control metabólico, diversos exámenes como el nivel de glucemia en ayunas, el examen de hemoglobina A1c, la prueba de tolerancia de la glucosa oral, entre otros. (14)

El estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud –OMS- define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (15)

Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que

conlleven a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. (16)

Es importante determinar el estilo de vida de las personas que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) ya que esto le permitirá al profesional de enfermería visualizar las áreas del estudio más relevantes que afectan el control metabólico de cada persona y con ello contribuir a mejorar su calidad de vida. Por lo tanto el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara, Essalud Arequipa - 2017 (17).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema General**

¿Existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017?

### **1.3.2. Problemas Específicos**

- a. ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara, ESSALUD, Arequipa 2017?
- b. ¿Cómo es el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara, ESSALUD, Arequipa 2017?
- c. ¿Cómo es la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el hospital III Yanahuara, ESSALUD, Arequipa 2017?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- a. Identificar las características demográficas de los pacientes con diabetes mellitus en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.
- b. Caracterizar el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.
- c. Evaluar la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el Hospital III Yanahuara -ESSALUD, Arequipa 2017.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que dura toda la vida (crónica), en la cual hay altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. A nivel mundial se está incrementando, debido al crecimiento de población, la edad, la urbanización y el incremento en incidencia de obesidad e inactividad física; la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en adultos el número de personas con diabetes se elevará de 285 millones en el 2010 a 439 millones de pacientes en el 2030. La causa principal del aumento de la Diabetes Mellitus Tipo II es el cambio en los estilos de vida y muy especialmente en casos de obesidad.

El presente proyecto es pertinente y oportuno ya que muestra el impacto de la diabetes en los años venideros, por el aumento en la prevalencia de obesidad en muchos países y la importancia de esta como factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes.

La presente investigación es de gran utilidad debido a que cuenta con nuevas investigaciones y aporte científico acerca de la diabetes mellitus tipo 2, dado que afecta a más de 2 millones de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados y es considerada como una de las enfermedades crónicas más comunes que se desarrolla lentamente con el tiempo.

El presente proyecto es de trascendencia dado que se sabe que muchas de las complicaciones de esta enfermedad podrían prevenirse o retrasarse enfatizando la promoción de estilos de vida saludables. Por lo mismo es conveniente y relevante que los profesionales de la salud en el nivel de atención primaria corrijan estilos de vida inadecuados que logren el beneficio de la población en general.

El presente proyecto es de actualidad debido a que informes recientes demuestran que de cada 1000 habitantes solo 10 practican ejercicio físico diario el 10% de peruanos consumen alimentación balanceada y nutritiva diariamente, mediante que el 90% restante no lo hace y que el 70% de esta población consumen algún tipo de sustancia nociva periódicamente.

Esta investigación es de aporte científico debido a que en el mundo hay 382 millones de personas con diabetes y otro 46% con bajo riesgo identificable de desarrollarla. Teniendo en cuenta dicha cifra, es necesario adoptar las medidas tendientes a prevenir y controlar la diabetes, de lo contrario dicha cifra aumentaría hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo.

En lo personal es importante porque me permitirá obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.



## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Falta de confianza en la unidad de estudio para llenar los instrumentos de recolección de datos; se tuvo que concientizar en varias oportunidades para poder aplicar el instrumento de recolección de datos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

##### **2.1.1. A Nivel Internacional**

**Chisaguano, E., Ushiña, E.** (2015) realizó el estudio titulado “Estilos de vida en los pacientes con diabetes Tipo II que asisten al Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Latacunga de julio-agosto del 2015”, llevado en Quito – Ecuador. El objetivo que se propuso fue estudiar los determinantes Estilos de vida de los pacientes diabéticos, complicaciones en el paciente diabético. Mediante un estudio de tipo descriptivo, transversal, a través del cuestionario IMEVID modificado por el autor. La muestra con 30 personas del club de diabéticos en los meses de junio a agosto. Los resultados encontrados son que los pacientes presentan complicaciones, el 53% presentan retinopatía, 7% pie diabético, siendo estas las más frecuentes. Percepción del paciente según su estilo de vida, indican que

tienen un estilo de vida bueno un 70% y 30% señalan que no llevan un buen estilo de vida. Las conclusiones, el 30% consumen pan, no consumen verduras en un 10%, se agrega sal a la dieta en un 30% y el consumo de azúcar en el 20% lo consume de forma diaria. El 50% de los pacientes no sigue las instrucciones médicas lo que predispone al paciente diabético a presentar complicaciones agudas y crónicas y estados de depresión. (18)

**Burgos, K.** (2013) llevó a cabo un estudio titulado “Hemoglobina glicosilada como predictor en el cumplimiento de tratamiento nutricional del paciente diabético de la clínica de diabetes del hospital Vozandes de Quito en el periodo junio-agosto del 2013”, llevado a cabo en Quito-Ecuador. El objetivo que se propuso fue estudiar los determinantes Hemoglobina glicosilada como predictor en los pacientes diabéticos. Mediante un estudio cuantitativo, con una muestra de 181 pacientes diabéticos utilizando los instrumentos IMEVID y la escala de depresión geriátrica (5-GDS). Los resultados encontrados el 50% de los pacientes presentan un estilo de vida regular, y el 20% presentan de manera equitativa un mejor estilo de vida y un peor estilo de vida. Las conclusiones, se observó que, el 54% presentan un estilo de vida regular, el 24% que presenta un buen estilo de vida, los pacientes con mayor información sobre la diabetes tienden a cumplir mejor su tratamiento farmacológico plan alimentario nutrición y realizar actividad física. (19)

**Ruesta. S. y Cols.** (2013) realizaron un estudio titulado: “prevalencia de alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2” en una población de trabajadores petroleros”, en San Francisco, Zulia, Venezuela con el objetivo de estimar el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, mediante el cuestionario Findrisk. Mediante un estudio descriptivo, observacional, de diseño transversal. Este estudio se desarrolló con

una población de 358 personas, 281 hombres y 77 mujeres entre 22 y 81 años de edad. Concluyeron que el 26,4% de la dicha población tiene alto riesgo de desarrollar DM2 en los próximos 10 años. (20)

### **2.1.2. A Nivel Nacional**

**Laime, P.** (2014) llevó a cabo un estudio titulado “conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Hospital Nacional Cayetano Heredia” llevado a cabo en la Universidad Ricardo Palma en la escuela de enfermería afiliada Padre Luis Tezza realizado en Lima- Perú. El objetivo que se propuso fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento con el cumplimiento del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 El tipo de investigación es descriptivo correlacional con una muestra de 100 pacientes. El cuestionario utilizado fueron creados por el autor, También se utilizó la historia clínica para obtener los resultados de hemoglobina glucosilada, y el valor referencial de glucosa en ayunas. Los resultados un porcentaje mayor 68% siempre evitan el consumo de cigarrillos el 56% evita el consumo de alcohol un 64% que a veces consume legumbres semanalmente un 50% consume alimentos sancochados. Las conclusiones, un alto porcentaje de pacientes conocen sobre la enfermedad. Existe relación significativa entre la variable conocimiento con el cumplimiento del tratamiento. (21)

**Molina, Y.** (2008) llevó a cabo un estudio titulado “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" : enero-febrero 2008 “ se llevó a cabo en la universidad mayor de San Marcos realizado en Lima- Perú. Tuvo como objetivo Determinar la 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 ayo”2008. Mediante un estudio descriptivo-correlacional. Mediante una muestra de 400 pacientes para la recolección de datos se utilizó el instrumento “diabetes 39” Los resultados el 100% (132), el 79,5%(105) presenta una regular calidad de vida, el 10,6% (14) presenta una deficiente calidad de vida y el 9,8%(13) una óptima calidad de vida. Las conclusiones, existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (22)

**Vicente, B. y Cols.** (2015), en su estudio titulado: “identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en el año 2015”, en policlínico universitario “Cecilio Ruiz de Zarate, con el objetivo de identificar individuos con riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en la población general, mediante un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 670 personas, concluye que , la edad promedio de 46,57 años y la media de la circunferencia de la cintura fue de 90,37 cm. Once individuos tuvieron prueba de tolerancia a la glucosa alterada, un 91,0% presento riesgo de bajo a moderado y el 66,2% realiza ejercicios físicos diariamente. Solo el 13% ingiere algún tratamiento antihipertensivo y un 4% total han tenido en algún momento niveles elevados de glicemia. Entre las personas de la investigación predominaron las categorías de riesgo bajo y ligeramente elevado de desarrollar diabetes tipo 2 según los resultados de la aplicación del instrumento, el sobrepeso y la circunferencia de la cintura alterada fueron los factores de riesgo que más prevalecieron. (23)

### **2.1.3. A Nivel Local**

**Zeballos, F.** (2014) En su estudio titulado: “Influencia del conocimiento sobre diabetes en la autoestima del paciente diabético, Microred Mariano Melgar, Arequipa 2014”, en una muestra de 120 diabéticos

entre 53 y 60 años de edad, mujeres, atendidos en la Microred Mariano Melgar. El tipo de investigación es correlacional bivariado. La conclusión principal, existe influencia significativa del conocimiento sobre diabetes en la autoestima del paciente diabético, lo que significa que a mejor conocimiento la autoestima es más alta. (24)

**Chirinos, D. y Cols.** (2012) En su estudio titulado: "Seguimiento longitudinal de una muestra representativa en Arequipa: protocolo y diseño de la segunda fase del estudio prevención", en una muestra de 2509 adultos de ambos sexos (1370 mujeres y 1139 hombres) con edades entre 20 y 87 años de los 13 principales distritos de Arequipa Metropolitana, los cuales fueron evaluados con una serie de pruebas bioquímicas y a través de cuestionarios, muestran que el riesgo de diabetes es alto en el 32% de la muestra. (25)

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Teoría de Dorothea Orem**

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de

salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. (26)

### **2.2.2. Metaparadigmas**

#### **A. Persona**

Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

#### **B. Entorno**

Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

#### **C. Salud**

Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Enfermería como cuidados.

El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado

terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (27)

#### **D. Enfoque**

Según las capacidades del paciente y los déficits de cuidado propio que hayan sido identificados, una enfermera puede aportar su ayuda ocupándose y cuidando del paciente, guiando a dicho paciente o a los demás implicados en su cuidado, apoyando a la paciente y/o sus seres queridos, asegurando que el ambiente aliente a la paciente a desarrollar capacidades de cuidado propio y/o enseñándole a ella y a los otros en su ambiente a cubrir las necesidades de cuidado propio.

#### **E. Epistemología**

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible después razonamientos deductivos sobre la enfermería.

#### **F. Influencia**

Como una de las primeras teorizadoras, Orem tuvo un impacto significativo en el desarrollo de la enfermería profesional estableciendo las bases teóricas para un cuidado colaborativo de enfermería que incorpore las capacidades y discapacidades de los pacientes individuales. Las enfermeras de hoy en día emplean diagnósticos de enfermería para describir los problemas de los pacientes; los déficits de cuidado propio de Orem están bien representados. Por ejemplo, se usa un déficit de cuidado propio de aseo/higiene si el paciente no puede bañarse solo. Y un paciente que sea incapaz de llegar al baño solo, a tiempo y de forma segura, tendrá un diagnóstico de enfermería con un déficit de cuidado propio para ir al baño.



## **G. Beneficios**

La teoría de Orem es un enfoque comprensivo para abordar las prácticas de enfermería que tienen sentido en las prácticas clínicas, al igual que en el sector educativo, administrativo y de investigación. Se ajusta bien a las filosofías actuales de cuidado de los hospitales que se centran en el paciente (y la familia), los cuidados a largo plazo, la salud en el hogar, la comunidad, la salud del comportamiento y las instalaciones de cuidados ambulatorios. Por su enfoque en determinar el plan de cuidado adecuado para cada paciente, esta teoría se incorpora con facilidad en el proceso de evaluación de enfermería, los diagnósticos de enfermería, la planificación, implementación y evaluación. (28)

## **H. Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalente en la población adulta; se expresa como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia debido a las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. En la Diabetes Mellitus tipo 2 la insulina se produce de modo insuficiente o defectuoso.

Aunque no exista cura para la Diabetes Mellitus, existen métodos para mantener la salud de los pacientes, controlando los niveles de glucosa en la sangre lo más cercano a lo normal. Esto se podría facilitar si junto con el tratamiento se logra la integración de estilos de vida positivos o saludables, los cuales mejoran el control de la enfermedad y mejora la adherencia al tratamiento. (29)

### **2.2.3. Estilos de Vida**

#### **A. Definición de Estilos de Vida**

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad. (30)

Los hábitos y costumbres, como la práctica de ejercicios, el no fumar, el no ingerir alcohol en exceso y la ingesta alimenticia correcta, constituyen en factores favorables para su control. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que las muertes por DM aumentarán en más de 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. Es más, se prevé que entre el año 2006 y el 2015 las muertes aumenten en más de 80% en los países de ingreso medio – alto. También se calculó que 70 a 80% de los pacientes con diabetes, fallecen por causa de origen cardiovascular y que 55% de las muertes son en mujeres. (31)

El estilo de vida constituye un importante agente etiológico de la enfermedad de Diabetes y de la aparición de complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente. Es por ello, que el conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos y enfermeras que atienden pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, pues algunos de sus componentes como tipo de

alimentación, actividad física, obesidad, consumo de alcohol y de tabaco, entre otros, se han asociado con la ocurrencia, curso clínico y control de la enfermedad. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes mellitus o cambiar su historia natural. (32)

El estilo de vida es un hábito que llevan las personas en su vivir diario, es un conjunto de costumbres o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son dañinas para la salud. (33)

El manejo de un adecuado estilo de vida en el paciente diabético tiene un gran impacto en las complicaciones agudas y crónicas, el paciente diabético debe desarrollar conductas saludables especialmente en aspectos relacionadas con: alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas recreacionales, actividades recreativas, relaciones interpersonales, actividades laborales. (34)

El manejo de un adecuado estilo de vida en el paciente diabético tiene un gran impacto en las complicaciones agudas y crónicas, el paciente diabético debe desarrollar conductas saludables especialmente en aspectos relacionadas con: alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas recreacionales, actividades recreativas, relaciones interpersonales, actividades laborales. (35)

## **B. Nutrición**

El Tratamiento Nutricional debe ser individualizado y flexible.

Los objetivos del tratamiento son:

- Mantener los niveles de glucosa y lípidos en sangre dentro de los valores normales.
- Alcanzar y/o mantener el peso saludable.

- Contribuir a la prevención de las complicaciones propias de la enfermedad.

#### **a. Evaluación Nutricional**

Se le hará al paciente diabético en todas las consultas.

Los criterios que se utilizan son: antropométricos (índice de masa corporal, perímetro abdominal), como también las pruebas de laboratorio.

#### **b. Prescripción Dietética**

La prescripción dietética es la expresión numérica de las cantidades absolutas y relativas de los nutrientes que integran un régimen dietético, así como de las características físicas y químicas del mismo. Este debe consignar el valor calórico total, porcentaje de nutrientes energéticos (hidrato de carbono, proteínas y grasas) y el fraccionamiento de la alimentación en 24 horas. El requerimiento calórico debe estar ajustado a la edad, sexo, actividad, estado fisiológico y estado general de salud por la presencia o ausencia de otras enfermedades.

#### **c. Pacientes Obesos**

En caso de pacientes con alteraciones en el peso (obesidad) la reducción calórica debe ser indicada en base a su talla, peso y actividad física.

#### **d. Valor Calórico Total**

- Calorías suficientes para alcanzar y/o mantener el peso saludable.

- Carbohidratos: 50-60% de las calorías totales, individualizado, con énfasis en carbohidratos complejos con fibras. Poca cantidad de sacarosa.
- Los azúcares refinados pueden ser aceptados en no más del 10% de las kilocalorías o energía total, siempre y cuando se practique el autocontrol de glucemia.
- Grasas: menor del 30% del total de las calorías. Grasas saturadas: menor del 7%.
- Proteínas: la recomendación usual es de 12 a 20% de las calorías totales. Recomendación diaria no menor de 0,8% g/Kg de peso. Estos deben ser de origen animal y vegetal para aportar los aminoácidos esenciales.
- Fibra: 15-30 g/día, igual que la población en general.
- Colesterol: menos de 200 mg/día.
- Evitar las grasas trans insaturadas.
- Comer pescado una o dos veces por semana.

#### **e. Plan de Alimentación**

La diabetes mellitus es una de las enfermedades donde la alimentación constituye la base sobre la que se ajusta cualquier otro tratamiento e incluso en algunos casos de diabetes tipo 2, sobre todo en etapa inicial, puede ser la única terapéutica necesaria.

Las recomendaciones actuales para la ingesta calórica total se basa en la edad, talla y sexo, con modificaciones según la actividad física y determinadas situaciones especiales (crecimiento y desarrollo, embarazo, lactancia) y teniendo en cuenta la existencia de sobrepeso o desnutrición. El plan de alimentación es fundamental en el tratamiento de la diabetes, tan importante como

los medicamentos que está usando para el control de su enfermedad:

- Se deben preferir alimentos como frutas naturales.
- Usar condimentos naturales para preparar los alimentos: apio, orégano, jengibre, culantro u otros.
- Preferir la leche semi-descremada o descremada.
- Se debe consumir vegetales frescos en los dos tiempos de comida.
- Consumir productos integrales (pan integral, avena).
- En caso de que sea necesario, utilice azúcar de dieta (edulcorantes).
- No consumir: mermeladas, conservas, azúcares, panes o galletas dulces, miel, refrescos, gaseosas, helados, postres, chocolates, jugos o bebidas industrializadas.
- Reducir la ingesta de frituras.
- Leer cuidadosamente las etiquetas de los alimentos, para saber qué contienen los productos que está consumiendo.
- Consumir de ocho a diez vasos de agua al día (de 8oz c/u).
- El consumo mínimo de sodio debe ser una cucharadita de sal al día que es igual a cinco gramos por día.
- En cuanto a la ingesta de alcohol, se recomienda que las personas no consuman licor. (36)

### **C. Actividad Física**

La actividad física debe ser parte del tratamiento integral, ya que puede estimular la pérdida de peso y reducir la insulinoresistencia, siendo muy beneficioso para el tratamiento de la diabetes mellitus logrando así disminuir posibles complicaciones.

La OMS recomienda realizar al menos 45 min/diarios de ejercicio aeróbico de intensidad moderada (caminar, trotar, nadar, etc.), ha demostrado mejorar el control de la glicemia, disminuye el riesgo cardiovascular, contribuye en la reducción de peso, mejora el perfil lipídico y ayuda al control de la tensión arterial, lo recomendable es realizar ejercicio fraccionado 3 o 4 veces por semana.

El ejercicio debe ser prescrito después de hacer una evaluación cardiopulmonar completa. Es ampliamente reconocido el papel beneficioso del ejercicio sobre la diabetes, siendo considerado junto con el plan de alimentación y la medicación, parte fundamental del tratamiento. La misma ayuda a prevenir la aparición de complicación a nivel del corazón y de las extremidades. Además, aumenta la autoestima, y el bienestar de los pacientes. Son preferibles aquellos ejercicios aeróbicos de intensidad moderada y realizados en forma continua.

Es necesario conocer el efecto del tratamiento físico sobre los niveles de la glicemia en dependencia del tipo y duración del ejercicio, el horario en que se realiza en relación con las comidas, el uso de los medicamentos y el estado metabólico en el momento de realizarlo. Se recomienda la realización del ejercicio aeróbico, puesto que este tipo de ejercicio contribuye a mejorar la capacidad cardiorrespiratorio y la condición física del paciente.

#### **a. Valoración Previa al Iniciar el Ejercicio**

Se debe realizar la historia clínica de la persona, con énfasis en la identificación de los factores de riesgo modificables y no modificables, para prevenir las complicaciones propias de la enfermedad.

## **b. Recomendaciones del Tipo de Ejercicio:**

- Valorización previa al inicio del programa de ejercicios.
- Calentamiento previo.
- Elección de ejercicio de acuerdo a su gusto (caminata, natación, bicicleta).
- Para la mayoría de las personas, no habituadas al ejercicio, lo recomendable es un programa de caminatas diarias (20-30 minutos) en cada sesión, continuas o fraccionadas en dos sesiones de 15 minutos cada una mínimo tres veces a la semana.
- Debe realizarse entre una a tres horas después de haber comido.
- Utilizar ropa liviana y zapatillas holgadas y suaves.
- Debe portar sobres de azúcar refinada.
- Debe evitar caminar solo. (37)

## **D. Consumo de Tabaco**

El hábito tabáquico constituye una condición desfavorable para todos los individuos, pero en mayor medida para el paciente con factores de riesgo y/o diabetes, por lo que debe instaurarse tratamiento para la cesación de tabaquismo a todo paciente diabético que fume. (38)

## **E. Consumo de Alcohol**

Las bebidas alcohólicas contienen azúcar y, por lo tanto, pueden provocar un aumento de los niveles de glucemia. Asimismo, contienen muchas calorías por lo que favorecen el aumento de peso. Algunas bebidas alcohólicas llamadas digestivas como la cerveza contienen más azúcar que el whiskey o que el Vodka. (39)



## **F. Aspectos Psicosociales**

Se reconoce que el estrés crónico puede elevar la glucemia y la presión arterial en personas susceptibles. Por otro lado, se ha demostrado que las personas con diabetes presentan el doble riesgo de padecer una depresión clínica, y cuando ésta ocurre, se asocia a un pobre control metabólico, de dieta y adherencia al tratamiento, todo lo cual tiene efectos negativos sobre la calidad de vida de estas personas. (40)

Además, las personas con diabetes están asociados a los problemas a los que se enfrenta una persona en igualdad de condiciones socio-ambientales, la realidad de vivir con una enfermedad crónica que los obliga a realizar cambios sustanciales en su estilo de vida (alimentación, ejercicios, manejo de las emociones, entre otros).

De igual manera en los controles de diabetes, el equipo de salud deberá incluir psico-educación respecto a las habilidades para la vida, los síntomas de depresión, ansiedad y la búsqueda de atención oportuna para los mismos.

Algunos elementos para la psico-educación en el manejo de estrés en personas con diabetes:

- Mejorar el sueño.
- Realización regular de actividad física.
- Aprendizaje y práctica de relajación, respiración o meditación.
- Realizar actividades placenteras- escuchar música, leer un libro, practicar un pasa tiempo de manera regular.
- Reír: La risa es un excelente reductor de estrés y tiende a ser contagiosa.

En la psico-educación también se debe incluir a los cuidadores de las personas con diabetes. Ellos tienen sus propias necesidades emocionales. Aquellas personas cercanas a diabéticos, pueden y deben aprender de la enfermedad y los temas emocionales relacionados a la misma y esta educación es una responsabilidad de los equipos de salud. (41)

De igual forma, los grupos terapéuticos (grupos de diabéticos) juegan un papel vital como estrategia psico-educativa, por lo que en cada instalación de salud tienen que formarse grupos de terapia para estas personas, los cuales el equipo de salud asesorará, orientará y dará seguimiento.

## **G. Control del Tratamiento**

Hace referencia al cumplimiento del tratamiento o del régimen terapéutico indicado, lo que implica la buena disposición de paciente para seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico lo que incluye toma de medicamentos, dieta, ejercicio, control, autocuidado en suma el paciente debe tener capacidad para la toma de la medicación y seguimiento de régimen en el estilo de vida indicados por el personal de salud. Se debe recalcar que la comunicación entre el paciente y el personal de salud es un requisito esencial para la práctica clínica.

### **2.2.5. Adherencia al Tratamiento**

#### **A. Definición de adherencia al Tratamiento**

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se

incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con el médico y la enfermera, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

## **B. Tratamiento de la Diabetes Mellitus**

El manejo integral de la persona con diabetes mellitus, debe ser interdisciplinario (médico, enfermera) La educación de las personas sobre las causas de la diabetes, la importancia de su control, todos los aspectos del tratamiento y las prácticas rutinarias para así poder minimizar el desarrollo de las complicaciones de la diabetes.

La individualización del régimen de tratamiento, debido a la variabilidad de los mecanismos patogénicos subyacentes, la gravedad de la enfermedad, las respuestas variables a la dieta, ejercicio, medicamentos y los estilos de vida.

En cuanto a la adherencia a una dieta prescrita por un especialista, el mantenimiento del estado metabólico dentro de los parámetros considerados normales, en especial de la glucemia, las concentraciones de lípidos y la presión arterial.

Una adecuada alimentación acompañada de actividad física y el tratamiento farmacológico constituyen la base del tratamiento de la diabetes mellitus. Los objetivos del tratamiento farmacológico son:

- Mantener los niveles de glucemia en ayunas entre 80 a 120 mg/dl y dos horas después de las comidas en valores menores a 140 mg/dl y la hemoglobina glicosilada menor al 7%.

- Prevenir o postergar las complicaciones de las personas con diabetes.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus.
- Prolongar la esperanza de vida del paciente diabético previniendo la enfermedad cardiovascular.

Entre las opciones terapéuticas para el manejo de personas con diabetes mellitus tenemos:

- Secretagogos de insulina (sulfonilureas y meglitinidas).
- Combinación de terapias orales (biguanidas + sulfonilureas / biguanidas + glitazonas).
- Sensibilizadores de insulina (biguanidas y glitazonas).
- Inhibidores de las alfas glucosidasa.
- Insulinoterapia.
- Terapia combinada (medicamentos orales en el día+insulina dosis nocturna).
  - En pacientes diabéticos tipo 2 el medicamento de primera elección es metformina. Debe comenzarse con una dosis entre 425 a 500 mg al día e ir aumentando progresivamente la dosis para evitar los efectos gastrointestinales secundarios.
  - Si no se logra controlar al paciente hasta llegar a la dosis máxima de metformina (1,7 g), se combina sea con una sulfonilurea, con una tiazolidinediona o con insulina.

Entre las sulfonilureas se pueden utilizar están:

- Glibenclamida: 5 mg, una tableta bid hasta 1 tab. tid (tres veces al día); (15 mg diarios dosis máxima).
- Glipizida: 5 mg, iniciar con una tableta bid (dos veces al día); dosis máxima 15 mg / día.

- Glimepirida: (2 mg-4 mg) dosis máxima 8 mg / día (utilizar dosis única).
- Glicazide: 80 mg, una tableta bid (dosis máxima 240 mg por día).
- Glicazide: 30mg MR una a tres tabletas cada día vía oral (dosis única).
- Meglitinidas: Nateglinida 120 mg.

Entre los insulino sensibilizadores y los inhibidores de alfa glucosidasa están:

- Biguanidas (metformina): 850 mg 1/2 tableta cada día hasta una tab bid después de las comidas (dosis máxima 1700 mg / día)
- Tiazolidinedionas; Rosiglitazona (4 mg y 8 mg), tomar una o dos veces al día (dosis máxima 8 mg, / día); Pioglitazona 15 mg, 30 mg y 45 mg (dosismáxima 45 mg, / día). Indicar en dosis única.
- Acarbosa 50 mg y 100 mg tid (dosis máxima 300 mg, / día). Iniciar con dosis bajas e ir aumentando. (42)

De no lograr estabilizar los niveles de glucemia del paciente dentro de límites normales con la combinación en los pasos anteriores propuestos, se puede combinar la terapia oral con insulina vespertina.

Se puede utilizar una insulina de acción basal como glargina o determine o se pueden utilizar insulina intermedias como NPH o lenta. Se puede comenzar administrando 10 unidades subcutáneas de la insulina escogida. La dosis de insulina vespertina se irá incrementando de dos en dos unidades cada tres días de acuerdo con los valores de glicemia en ayunas evitando al máximo la hipoglucemia.

Un paciente con diabetes tipo 2 puede ser tratado inicialmente con insulina en las siguientes condiciones:

- Paciente con estado hiperosmolar o cetoacidosis diabética.
- Paciente muy sintomático con hiperglucemia marcada (mayor de 250 mg/dl).
- Paciente que requiera cirugía urgente.
- Paciente embarazada.
- Paciente con infección severa.
- Paciente con terapia con glucocorticoides a altas dosis.
- En caso de dudas referir al paciente al especialista.
- Tener presente no utilizar medicamentos para pacientes en quienes haya contraindicaciones específicas.

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **a. Diabetes**

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

### **b. Estilo de Vida**

Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.

### **c. Dieta**

Es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. Es un hábito y constituye una forma de vivir.

### **d. Ejercicio**

Esfuerzo corporal que se hace para mantenerse saludable y en forma.

**e. Complicaciones**

Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.

**f. Hipoglucemia**

Disminución de la cantidad normal de glucosa contenida en la sangre.

**g. Glucosa**

Es el principal azúcar q circula en la sangre y es la primera fuente de energía para los seres vivos, incluyendo a plantas y vegetales.

**h. Hiperglucemia**

Aumento de la concentración de la glucosa en la sangre.

**i. Nefropatía**

Denominación genérica de las enfermedades renales (que afectan al riñón). Pueden ser un proceso inflamatorio, infeccioso, obstructivo, vascular, canceroso.

**j. Retinopatía**

Es una complicación de la diabetes y una de las causas principales de la ceguera. Ocurre cuando la diabetes daña a los pequeños vasos de la retina, que es el tejido sensible a la luz situados en la parte posterior del ojo. (43)

**2.4. HIPÓTESIS**

**2.4.1. Hipótesis General**

Dado que el estilo de vida se relaciona con conductas saludables es probable que se relacione con la adherencia al tratamiento de la

diabetes mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

#### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

**H1.** Es probable que el estilo de vida no sea deseable en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

**H0.** Es probable que el estilo de vida sea deseable en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara-ESSALUD, Arequipa.

**H2.** Es probable que no haya buena adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

**H0.** Es probable que si haya buena adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017

### **2.5. VARIABLES**

#### **A. Variable X. Estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus**

##### **Dimensiones**

##### **a. Evaluación Física**

###### **Indicadores**

- Nutrición.
- Actividad Física.

##### **b. Evaluación Psicosocial**

###### **Indicadores**

- Consumo de Tabaco.
- Consumo de Alcohol.
- Aspectos psicosociales.



- Adherencia al tratamiento.

## **B. Variable Y. Adherencia al Tratamiento**

### **Dimensiones**

#### **a. Control de Glicemia**

##### **Indicadores**

- Cumplimiento Fármaco – terapéutico.

## **2.5.1. Definición Conceptual de Variables**

### **A. Variable X. Estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus**

La Organización Mundial de la Salud, considera los estilos de vida como la manera general de vivir, que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, es decir, como “patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas”. (44)

### **B. Variable Y. Adherencia al Tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y,

como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar. (45)

## **2.5.2. Definición Operacional de Variables**

### **A. Variable X. Estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus**

El estilo de vida es un hábito que llevan las personas en su vivir diario. Para su medición se utilizara como instrumento el cuestionario “IMEVID” (Instrumento para medir estilos de vida), tiene como dimensiones: evaluación física, evaluación psicosocial los cuales tienen como indicadores los siguientes: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, aspectos psicosociales, adherencia al tratamiento.

### **B. Variable Y. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus**

El apego al tratamiento de forma integral del paciente con diabetes mellitus, para su medición se utilizara como instrumento el cuestionario “Morisky Green” que tiene como indicador el cumplimiento fármaco-terapéutico.

### 2.5.3. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA E INSTRUMENTO	ÍTEMS	CATEGORÍA	ESCALA
<b>Variable X</b> Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus.	Evaluación física	Nutrición.	Cuestionario IMEVID	Preguntas del 1 al 9	Adecuado estilo de vida.	Nominal
		Actividad Física.		Preguntas: 10 11 y 12		
	Consumo de Tabaco.	Preguntas 13 y 14				
	Consumo de Alcohol.	Preguntas del 15 y 16				
	Evaluación psicosocial	Información de Diabetes		Preguntas 17,18	Inadecuado estilo de vida.	
		Manejo de Emociones		Preguntas 19,20,21,22		
		Control del tratamiento.		Preguntas 23,24 y 25		
<b>Variable Y</b> Adherencia al tratamiento.	Control de la glicemia	Cumplimiento farmacoterapéutico.	Cuestionario de Morisky Green	Preguntas del 1 al 4	Tiene Adherencia al tratamiento. No tiene adherencia al tratamiento.	Nominal

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

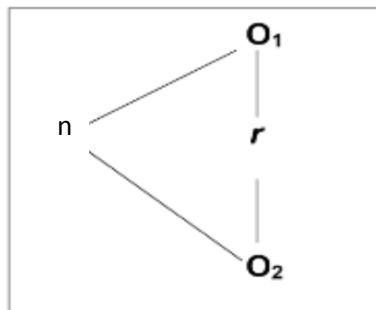
#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo de Investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo, pretende describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos, asimismo el estudio es de un enfoque cuantitativo, de diseño correlacional. Según el número de variables es bivariado, es de corte transversal porque la medición de las variables se ejecuta en un solo momento y es un estudio de campo porque se realiza en el ámbito natural donde las unidades de análisis desarrollan sus actividades.

### 3.1.2. Nivel de Investigación

El presente estudio es de nivel descriptivo de diseño correlacional porque mide las dos variables de estudio y luego se establece relación que existe entre ellas. La representación del diseño es la siguiente:



#### Dónde:

n = Muestra

O1 = Variable X: Estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus

O2 = Variable Y: Adherencia al tratamiento

r = relación

## 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Hospital ESSALUD III Yanahuara. Ubicado en la Av. Emmel S/N.

### 3.2.2. Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó en el periodo comprendido entre los meses de diciembre del año 2016 a mayo del año 2017.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1. Población

La población estuvo constituida por pacientes diabéticos del hospital III Yanahuara – ESSALUD, Arequipa 2017.

#### 3.3.2. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de Gallardo y Moreno (1999).

$$n = \frac{N(Z^{\alpha/2})^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha/2})^2}$$

Dónde:

N= población

$Z^{\alpha/2}$ = nivel de confianza

E= nivel de error

$$n = \frac{3100(1.96)^2}{4(3100)(0.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{11.908.96}{34.8416}$$

$$\underline{\underline{n = 342}}$$

La muestra estuvo conformada por 342 pacientes diabéticos del hospital III Yanahuara - ESSALUD Arequipa 2017.

### **3.3.3. Criterios de Inclusión**

En el presente estudio fueron incluidos los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, pacientes atendidos en consultorio de medicina interna, pacientes atendidos en consultorio de medicina familiar del hospital III Yanahuara ESSALUD.

### **3.3.4. Criterios de Exclusión**

- Fueron excluidos los pacientes que no pertenezcan al hospital ESSALUD III Yanahuara.
- Fueron excluidos los pacientes que no desearon participar en el estudio.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.4.1. Técnicas**

Para la presente investigación se utilizó las siguientes técnicas:

Variable X: estilo de vida de los pacientes con diabetes Mellitus: se utilizó el cuestionario IMEVID. (Ver anexo 3)

Variable Y: adherencia al tratamiento: se utilizó el cuestionario Moryski Green. (Ver anexo 4)

### **3.4.2. Instrumentos**

Para la siguiente investigación se utilizó los siguientes instrumentos.

#### **a. Cuestionario IMEVID**

El IMEVID es un cuestionario de evaluación con 25 ítems agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Dicho instrumento fue validado por (López Carmona, Ariza Andraca, Rodríguez

Moctezuma, & Munguía Miranda, Construcción y validación inicial de una instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, 2003). Las calificaciones van de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, de manera que para la conducta más deseable corresponde el valor más alto. Logrando así una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento, se espera que para un estilo de vida adecuado se cumpla por lo menos con el 80% de la puntuación (75-100 puntos) por lo que una puntuación menor será considerada como un estilo de vida inadecuado (0-74 puntos).

DOMINIOS	PUNTOS POSIBLES	NUMERO DE PREGUNTA
Nutrición	0 a 36	1 -9
Actividad física	0 a 12	10- 12
Consumo de tabaco	0 a 8	13-14
Consumo de alcohol	0 a 8	15-16
Información sobre diabetes	0 a 8	17- 18
Manejo de emociones	0 a 16	19-22
Control del tratamiento	0 a 12	23-25
TOTAL	0 a 100	1-25

PUNTAJE IMEVID	
Adecuado estilo de vida	Inadecuado estilo de vida
75 a 100 puntos	0 a 74 puntos



## b. Cuestionario de Morisky Green

Este cuestionario está diseñado para evaluar la adherencia al tratamiento de una manera eficaz rápida y sencilla en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como diabetes mellitus 2. Desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación.

Es uno de los métodos más utilizados para evaluar si un paciente cumple con el tratamiento pautado es el test de Morisky-Green, que aunque sencillo, es suficiente y aplicable a todos los pacientes. Consiste en la realización al paciente de estas cuatro preguntas:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

PUNTAJE MORISKY GREEN	
TIENE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	NO TIENE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
4 puntos	0 a 3 puntos

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Los instrumentos han sido evaluados por expertos, anteriores investigaciones lo demuestran.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

- El presente proyecto se elaboró contando con la participación de los asesores señalados por la escuela profesional de enfermería.
- Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación por el comité de investigación de la escuela de enfermería de la UAP.
- Se solicitó la autorización para realizar la recolección de datos al director del hospital ESSALUD III Yanahuara, para la ejecución del presente proyecto.
- Luego de la aprobación y del levantamiento de las observaciones por parte del comité científico, se procedió a la aplicación de la prueba piloto.
- Luego se aplicaron los instrumentos a la muestra calculada y se realizó el análisis estadístico respectivo.
- Se llevó a cabo la elaboración de los cuadros estadísticos y el análisis aplicando la prueba del Chi cuadrado.
- Se realizó la discusión, las conclusiones y recomendaciones.
- Se presentó el informe de tesis al comité científico de la escuela de enfermería para su revisión y aprobación.
- Sometido el informe final a revisión y aprobación por parte del comité científico se solicitó la fecha para la sustentación del informe final ante el jurado designado.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **PRESENTACION Y ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

En el presente capitulo se presenta el análisis descriptivo y la prueba de hipótesis de los resultados del trabajo de investigación.

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

**Tabla 1**

***Población en Estudio según Género, Hospital III - Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017***

<b>Sexo</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
MASCULINO	168	49,1%
FEMENINO	174	50,9%
TOTAL	342	100%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se observa que del total de pacientes que padecen Diabetes mellitus, y que fueron entrevistados en el Hospital III - Yanahuara - ESSALUD, el 50,9% son de sexo femenino y el 49,1% son de sexo masculino.

Esto indicaría que la mayor incidencia de pacientes de que padecen de diabetes mellitus son de sexo femenino.

**Tabla 2**

**Población en Estudio, según Edad, Hospital III Yanahuara -  
Essalud, Arequipa 2017**

<b>EDAD</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
29 a 35	06	1,8%
36 a 45	12	3,5%
46 a 55	36	10,5%
56 a 65	126	36,8%
66 a 75	114	33,3%
76 a 85	36	10,5%
86 a 95	06	1,8%
Mayor de 96	06	1,8%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

$X = 64,74$ ;  $S = 11,36$ ;  $Q1 = 55,00$ ;  $Q2 = 62,40$ ;  $Q3 = 77,00$

En la presente tabla, se observa que las edades de los pacientes que padecen Diabetes mellitus, y que fueron entrevistados en el Hospital III - Yanahuara - ESSALUD, fluctúan entre los 29 y 96 años, con una media aritmética de 64,74 años y una desviación estándar de 11,36.

El 25% de las edades se encuentran por debajo de los 55 años, el 50% se encuentran por debajo de los 62,40 años y el 75% de las edades se encuentran por debajo de los 77 años.

Lo que indicaría que la mayoría de los pacientes que sufren de diabetes mellitus fluctúan entre las edades de 36 a 85 años.

**Tabla 3**

***Población en Estudio, según Estilo de Vida, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017***

---

<b>ESTILO DE VIDA</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Adecuado Estilo de Vida	42	12,3%
Inadecuado Estilo de Vida	300	87,7%
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

---

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que la población en estudio tiene un inadecuado estilo de vida en un 87,7%, mientras que solo un 12,3% tiene un adecuado estilo de vida.

Lo que indicaría que la mayoría de los pacientes que sufren de diabetes mellitus tienen un inadecuado estilo de vida.

**Tabla 4**

***Población en Estudio, según Adherencia al Tratamiento, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017***

---

<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Con Adherencia al Tratamiento	114	33,3%
Sin Adherencia al Tratamiento	228	66,7%
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

---

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla se aprecia que la población en estudio no presenta adherencia al tratamiento un 66,7%, mientras que solo un 33,3% si presenta adherencia al tratamiento.

Lo que indicaría que la mayoría de los pacientes que sufren de diabetes mellitus no tienen adherencia al tratamiento.

**Tabla 5**

***Correlación entre el Estilo de Vida y la Adherencia al Tratamiento, en Pacientes del Hospital III - Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017***

ESTILO DE VIDA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	CON ADHERENCIA		SIN ADHERENCIA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado estilo de vida	18	5.3%	24	7.0%	42	12.3%
Inadecuado estilo de vida	96	28,1%	204	59,6%	300	87,7%
TOTAL	114	33,3%	228	66,7%	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

$$X^2 = 0.2537; \quad p\text{-valor} = 0.000; \quad gl = 2$$

En la tabla 5, se presenta la correlación entre la adherencia al tratamiento con el estilo de vida de los pacientes atendidos en el Hospital III - Yanahuara - ESSALUD. Se puede apreciar que la mayoría de pacientes tienen un inadecuado estilo de vida (87,7%), mientras que sólo el 12,3% tienen un adecuado estilo de vida. Un 59,9% de pacientes que no tienen adherencia, no tienen un adecuado estilo de vida. Lo que indicaría que si hay relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus

### **PRUEBA DE HIPÓTESIS**

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ ), entre estilo de vida y adherencia tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.



## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSION**

Es innegable que los estilos de vida influyen en diversos aspectos de la salud del paciente. Ello ha sido demostrado por Chisaguano, E., Ushiña, E. (2015) quien encontró que el 53% de estos pacientes presentan retinopatía, 7% pie diabético asociado a estilos de vida.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo establecer que existe relación entre el estilo de vida y adherencia al tratamiento, ya que los pacientes que cumplen con las indicaciones para su tratamiento, tienen un comportamiento más deseable. Ello podría indicar que, los pacientes asocian la adherencia al tratamiento, con mejores hábitos alimenticios que le dan un mejor estilo de vida.

Tener un adecuado estilo de vida influye en la mejoría de la salud de los pacientes. Ello ha sido demostrado por Burgos, K. (2013) se encontró que el 50% de los pacientes presentan un estilo de vida regular, y el 20% presentan de manera equitativa un mejor estilo de vida y un peor estilo de vida.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo establecer que la mayoría de pacientes presentan un inadecuado estilo de vida, por lo cual tampoco tendrían una adecuada adherencia al tratamiento.

La importancia del conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en los pacientes. Ello ha sido demostrado por Laime, P. (2014) quien encontró que un porcentaje mayor 68% siempre evitan el consumo de cigarrillos el 56% evita el consumo de alcohol un 64% que a veces consume legumbres semanalmente un 50% consume alimentos sancochados.

De acuerdo a resultados obtenidos se pudo establecer que la mayoría de los pacientes no presentan una adecuada adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes es fundamental para presentar mejoría en los pacientes. Ello ha sido demostrado por Molina, Y. (2008) quien encontró que el 100% (132), el 79,5%(105) presenta una regular calidad de vida, el 10,6% (14) presenta una deficiente calidad de vida y el 9,8%(13) una óptima calidad de vida.

De acuerdo a resultados obtenidos se pudo establecer que la mayoría de los pacientes no presentan un adecuado estilo de vida por lo cual no presentaría mejoría en el estado de salud.

Identificar en los pacientes cuanto es el riesgo para desarrollar diabetes. Ello ha sido demostrado por Vicente, B. y Cols. (2015), quien encontró que un 91,0% presento riesgo de bajo a moderado y el 66,2% realiza ejercicios físicos diariamente.

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos la mayoría de los pacientes no presentan un adecuado estilo de vida, lo que sería un riesgo evidente para desarrollar diabetes.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA.** El 50,9% de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara - ESSALUD son de sexo femenino y el 49,1% son de sexo masculino. Las edades de pacientes fluctúan entre los 29 y 96 años, con una media aritmética de 64,74 años y una desviación estándar de 11,36.
- SEGUNDA.** La población en estudio tiene un inadecuado estilo de vida en un 87,7%, mientras que solo un 12,3% tiene un adecuado estilo de vida.
- TERCERA.** La población en estudio no tiene adherencia al tratamiento en 66,7%, mientras que solo un 33,3% presenta adherencia al tratamiento.
- CUARTA.** Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ ), entre Los estilo de vida y La adherencia tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa 2017.

## RECOMENDACIONES

1. A fin de mejorar el estilo de vida de los pacientes, se recomienda al director del Hospital III Yanahuara - ESSALUD Arequipa, delegue a quien corresponda implementar un programa educativo dirigido a los pacientes diabéticos del hospital a fin de difundir masiva y decididamente los aspectos básicos de la enfermedad, la importancia de los estilos de vida, el cumplimiento de la adherencia al tratamiento e informar las consecuencias si no tuvieran un adecuado estilo de vida y adherencia al tratamiento a fin de concientizar a los pacientes sobre su enfermedad .
2. Se recomienda al director del Hospital III Yanahuara - ESSALUD Arequipa y delegue a quien corresponda realizar actividades de la promoción y prevención de la salud en los pacientes aparentemente sanos, y en personas con factores de riesgo de sufrir diabetes mellitus, para que así puedan adquirir tempranamente estilos de vida saludable a fin de que se disminuya en ellos el riesgo de presentar esta enfermedad.
3. Al comité de investigación de la escuela de enfermería de la Universidad Alas Peruanas se recomienda realizar nuevos estudios acerca de la problemática de los estilos de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas dado que existe una alta incidencia de inadecuados estilos de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. [online]. 2017. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/>
2. OMS. [online]. 2017. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
3. OMS. [online]. 2017. Available from:  
<http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
4. OMS. [online]. 2017. Available from:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)
5. OPS. . [online]. 2017. Available from:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6715%3A2012-diabetes&catid=4475%3Adiabetes-content2&Itemid=39446&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715%3A2012-diabetes&catid=4475%3Adiabetes-content2&Itemid=39446&lang=es)
6. World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.
7. Unesco. Análisis del Clima Escolar: ¿Poderoso Factor que Explica el Aprendizaje en América Latina y el Caribe? Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe OREALC/UNESCO Santiago: Ed. Santillana; 2013.
8. Lawes, CMM, VANDER HORN S, RODGERS A, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood pressure-related disease 2001. Lancet 2008; 371:1513-1518. [ [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext) ]

9. Lerman-Garber, I. et al. Cambios en la tolerancia a la glucosa en el anciano. *Rev Invest Clin* 2010; 62 (4): 312-317  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104f.pdf>
10. Isolina, P. Avila-Sans, G. & Candila, J. (2012) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, México. 2Departamento de Enfermería y Obstetricia de Irapuato.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim123b.pdf>
11. Rondanelli, R. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 25, Issue 1, Pages 69-77.
12. Batista-Moliner, R., Ortega-González, L. M. & Fernández-López, G. (2005). Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. *Resumed*, 11 (1), enero-marzo. Disponible en línea en [http://www.bvc.sld.cu/revistas/res/vol11\\_1\\_98/res02198.htm](http://www.bvc.sld.cu/revistas/res/vol11_1_98/res02198.htm) [consultado abril 25 de 2007].
13. Durán - Varela, B., Rivera - Chavira, B. & Franco-Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 43 (3): 233-238.
14. Nathan, DM., Meigs, J, & Singer, D. The epidemiology of cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus: how sweet it is... or is it? *Lancet* 1997; 350(Suppl 1):4-9.
15. Urzúa, A. (2012) Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile (Rec: 10 de noviembre de 2011 / Acep: 10 de enero de 2012)
16. Duncan, P. (2012) Estilos de Vida. En *Medicina en Salud Pública*.
17. Es importante determinar el estilo de vida de las personas que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) ya que esto le permitirá al profesional de

enfermería visualizar las áreas del estudio más relevantes que afectan el control.

- 18.** Chisaguano. E. Ushiña. R. (2015) Estilos de vida en los pacientes diabéticos tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud N°1 de la ciudad de Latacunga de julio-agosto del 2015.[Tesis].Quito-Ecuador Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermería; 2015.
- 19.** Burgos. K. (2014) Hemoglobina Glicosilada como predictor en el cumplimiento del tratamiento nutricional del paciente diabético de la clínica de diabetes del hospital vozandes de quito en el periodo junio-agosto del 2013 [Tesis]. Quito-Ecuador Pontificia universidad católica del Ecuador, facultad de enfermería carrera de Nutrición Humana; 2014.
- 20.** Ruesta. S. y Cols. (2013) “prevalencia de alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2” [Tesis] en una población de trabajadores petroleros”, en San Francisco, Zulia, Venezuela.
- 21.** Laime. P. (2014) Conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis]. Lima- Perú Universidad Ricardo Palma Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2014.
- 22.** Molina. Y. (2008) Adherencia al tratamiento y su relacion con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “2 de mayo”: enero- febrero 2008 [Tesis]. Lima-Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. Enfermería; 2008.
- 23.** Vicente B. y Cols. (2015), [Tesis]. “identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en el año 2015.

24. Zeballos, F. (2014) [Tesis]. "Influencia del conocimiento sobre diabetes en la autoestima del paciente diabético, Microred Mariano Melgar, Arequipa 2014".
  
25. Chirinos, D. y Cols. (2012) [Tesis]. "Seguimiento longitudinal de una muestra representativa en Arequipa: protocolo y diseño de la segunda fase del estudio prevención".
  
26. Navarro Peña, Y. & Castro Salas, M. (2010) Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Mar 07]; (19). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es).
  
27. Small, G. (2008) *El cerebro Digital: Como las nuevas tecnologías están cambiando nuestra mente* Barcelona: Urano; 2008.
  
28. Anderson, C. & Dill, K. (2000) Video Games and Aggressive Thoughts, Feelings, and Behavior in the Laboratory and in life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000; 78((4), 772-790).
  
29. Guías, ALAD de diagnostic control y tratamiento de I diabetes mellitus tipo 2 [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias\\_ALAD\\_2009.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf)
  
30. Corbacho, K., Palacios, N. & Vaiz, R. (2009) Conocimiento y practica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Enferm Herediana*. 2009; 2(1):1-6.
  
31. Ramírez, M., Ascanio, M., Coronada, M. Gómez, C. Mayorga, L. & Medina, R. (2011) Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1):1-8.



32. Documento Técnico: “Consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 de la persona Joven, Adulta y Adulta Mayor” / elaborado por Henry Trujillo Aspilcueta -- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2015.
33. Diabetes Care the journal of clinical and applied research and education.ADA.2017.enero:1-142
34. Ramírez, M., Ascanio, M., Coronada, M., Gómez, C., Mayorga, L. & Medina, R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.Ciencia y Cuidado.2011;8(1):1-8
35. Diabetes Care the journal of clinical and applied research and education.ADA.2017.enero:1-142
36. Nava, B., Gurrola, G., Bonilla, M., Colin, H. & Esquivel E. Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. Revista científica electrónica de psicología.N°6. 2008:1-12.
37. Guías ALAD sobre el diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia.2013:1-142.
38. Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus. American Diabetes Association. Diabetes Care, Volume 27, Supplement 1, January. 2004.1-72.
39. Guía alimentaria para la alimentación Uruguay [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=516-guia\\_alimentacion-2016-6&Itemid=307](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=516-guia_alimentacion-2016-6&Itemid=307)
40. Guías ALAD sobre el diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia.2013:1-142

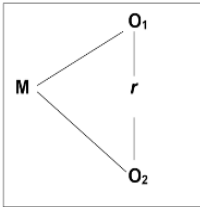
41. Documento Técnico: “Consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 de la persona Adulta y Adulta Mayor” : Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2015
42. Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus. American Diabetes Association. Diabetes Care, Volume 27, Supplement 1, January. 2004.1-72.
43. Guía de práctica clínica para el diagnóstico tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública.2016.1-66.
44. Organización mundial de la salud López-Carmona Juan Manuel, Ariza-Andraca Cuauhtémoc Raúl, Rodríguez-Moctezuma José Raymundo, Munguía-Miranda Catarina.
45. La adherencia al tratamiento cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida.  
[https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)

# ANEXOS

## Anexo 1

### Matriz de Consistencia

#### TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHURA – ESSALUD, AREQUIPA 2017

<p><b><u>PROBLEMA GENERAL</u></b> ¿Existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa - 2017?</p>	<p><b><u>OBEJETIVO GENERAL</u></b> Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del hospital III Yanahuara - ESSALUD, Arequipa - 2017.</p>	<p><b><u>HIPÓTESIS</u></b> Dado que el estilo de vida se relaciona con conductas saludables es probable que se relacione con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes del Hospital III Yanahuara-ESSALUD, Arequipa 2017.</p>	<p><b><u>VARIABLE X</u></b> Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus</p> <p><b><u>DIMENSIONES</u></b></p> <p>a ) Evaluación física</p> <p><b><u>INDICADORES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición</li> <li>• Actividad Física</li> </ul> <p>b) Evaluación psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Aspectos psicosociales</li> <li>• Control del tratamiento</li> </ul>	<p><b><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></b> Correlacional <b><u>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</u></b> Transversal</p> 
<p><b><u>PROBLEMA ESPECÍFICO</u></b> ¿Cuáles son las características demográficas vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahura, ESSALUD, Arequipa - 2017?</p> <p>¿Cómo es el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahura, ESSALUD, Arequipa - 2017?</p> <p>¿Cómo es la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el hospital III Yanahuara, ESSALUD, Arequipa -2017?</p>	<p><b><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></b></p> <p>a) Identificar las características demográficas de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en medicina del Hospital III Yanahuara-ESSALUD, Arequipa 2017.</p> <p>b) Caracterizar el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus atendidos en medicina del Hospital III Yanahuara- ESSALUD, Arequipa 2017.</p> <p>c) Evaluar la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en medicina del Hospital III Yanahuara -ESSALUD, Arequipa 2017.</p>	<p><b><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</u></b></p> <p>H1 Es probable que el estilo de vida no sea deseable en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital III Yanahuara-ESSALUD, Arequipa.</p> <p>H2 Es probable que no haya buena adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en pacientes atendidos en el Hospital III Yanahuara -ESSALUD, Arequipa 2017</p> <p><b><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></b></p> <p>La población está constituida por un total de del hospital III Yanahuara ESSALUD. La muestra estará conformada por toda la población.</p>	<p><b><u>VARIABLE Y</u></b> Adherencia al tratamiento</p> <p><b><u>DIMENSION</u></b></p> <p>a) Control de la glicemia</p> <p><b><u>INDICADOR</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento fármacoterapéutico</li> </ul>	<p><b><u>INSTRUMENTOS</u></b></p> <p><b><u>Variable X</u></b></p> <p>Instrumento IMEVID</p> <p><b><u>Variable Y</u></b></p> <p>Instrumento de Morisky Green</p>

## **Anexo 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación.

Su participación consiste en responder algunas preguntas acerca de la.

### **“RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2017”**

La Srta. Tathiana Revilla Chirinos quien es el responsable de la investigación, me ha explicado amplia y claramente acerca del por qué de su Investigación en el tema y en el cual no me veré afectado. Asimismo me informó que los datos que proporcione serán confidenciales y también que puedo desistir de participar en esta investigación cuando yo lo desee. Autorizo mi participación.

.....

Gracias por su participación

### Anexo 3

#### CUESTIONARIO IMEVID

##### Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha: |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|

Sexo: F M Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana.	Algunos días.	Casi nunca.	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana.	Algunos días.	Casi nunca.	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1	2	3 o mas	
4. ¿Cuántas tostadas come al día?	0-3	4-6	7o mas	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando la 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 veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	

13. ¿Fuma?	No fuma	Algunas veces	Fuma a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 a mas	
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 mas	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o mas	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 la 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	
			Total	

## Anexo 4

### CUESTIONARIO DE MORISKY GREEN LEVINE

#### Introducción

Tenga usted buen día, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar el cumplimiento de las pautas de su tratamiento.

#### Instructivo

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha: |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|

Sexo: F M

Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI  NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI  NO

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI  NO

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SI  NO



**Anexo 5**  
**Población en Estudio, según Frecuencia de Consumo de Verduras - Hospital**  
**III Yanahuara - Essalud,**  
**Arequipa 2017**

<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Todos los días de la Semana	174	50,9%
Algunos Días	168	49,1%
Casi Nunca	00	0,0%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 5), se observa la distribución de la población en estudio, según la frecuencia de consumo de verduras, apreciándose que la mayoría de pacientes consumen verduras todos los días de la semana, representando el 50,9%, y un menor porcentaje sólo consumen verduras algunos días, que representan el 49,1%; sin embargo, es relevante que ningún paciente refirió que no come verduras nunca.

## Anexo 6

### Población en Estudio, según Frecuencia de Consumo de Frutas - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>FRECUENCIA DE CONSUMO</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Todos los días de la Semana	216	63,2%
Algunos Días	126	36,8%
Casi Nunca	00	0,0%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 6), se observa la distribución de la población en estudio, según la frecuencia de consumo de verduras, apreciándose que la mayoría de pacientes consumen verduras todos los días de la semana, representando el 50,9%, y un menor porcentaje sólo consumen verduras algunos días, que representan el 49,1%; sin embargo, es relevante que ningún paciente refirió que no come verduras nunca.

## Anexo 7

### Población en Estudio, según Número de Piezas de Pan que Consume por día Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

NÚMERO DE PIEZAS DE PAN	FI	%
0 a 1	156	45,6%
2	120	35,1%
Más de 3	66	19,3%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 7), se observa la distribución de la población en estudio, según el número de piezas de pan que consume por día, apreciándose que la mayoría de pacientes consumen hasta una pieza de pan en forma diaria, representando el 45,6%, y un menor porcentaje consumen 2 piezas de pan, que representan el 35,1%; sin embargo, aunque en menor proporción, es relevante que la minoría de pacientes come más de 3 piezas de pan por día.

### Anexo 8

#### Población en Estudio, según Número de Tostadas que Consume por día - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

NÚMERO DE TOSTADAS	FI	%
0 a 3	342	100,0%
4 a 6	00	0,0%
Más de 7	00	0,0%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 8), se observa la distribución de la población en estudio, según el número de tostadas que consume por día, apreciándose que la totalidad de pacientes consumen entre 0 a 3 tostadas por día.

## Anexo 9

### Población en Estudio, según Adición de Azúcar a los Alimentos y Bebidas Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

ADICIÓN DE AZÚCAR	FI	%
Casi Nunca	162	47,4%
Algunas Veces	156	45,6%
Frecuentemente	24	7,0%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 9), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos de consumo en la adición de azúcar a sus alimentos y/o bebidas, apreciándose que la mayoría, es decir, el 47,4% no adicionan azúcar ni a sus alimentos ni bebidas; mientras que en menor proporción, 45,6%, si lo hacen algunas veces; y la minoría de la población en estudio, 7,0%, lo hace frecuentemente.

## Anexo 10

### Población en Estudio, según Adición de Sal a Sus Alimentos mientras los Consume Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

ADICIÓN DE SAL	FI	%
Casi Nunca	186	54,4%
Algunas Veces	138	40,4%
Casi Siempre	18	5,3%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 10), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos de consumo en la adición de sal a sus alimentos cuando los está consumiendo, apreciándose que la mayoría de pacientes, es decir, el 54,4% no adicionan sal a sus alimentos mientras lo están consumiendo casi nunca; asimismo, en menor proporción, 40,4%, si lo hacen algunas veces; y la minoría de la población en estudio, 5,3%, lo hace casi siempre.

## Anexo 11

### Población en Estudio, según Consumo de Alimentos entre Comidas - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>COMIDA DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi Nunca	78	22,8%
Algunas Veces	192	56,1%
Frecuentemente	72	21,1%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 11), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos de consumo de alimentos entre comidas, apreciándose que la mayoría de pacientes, es decir, el 56,1% lo hace algunas veces; asimismo, en menor proporción, 22,8%, no lo hacen casi nunca; y una ligera minoría de la población en estudio, 21,1%, lo hace frecuentemente.

## Anexo 12

### Población en Estudio, según Consumo de Alimentos Fuera de Casa - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>COMIDA DE ALIMENTOS FUERA DE CASA</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi Nunca	162	47,4%
Algunas Veces	132	38,6%
Frecuentemente	48	14,0%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 12), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos de consumo de alimentos fuera de casa, apreciándose que la mayoría de pacientes, es decir, el 47,4% no lo hace casi nunca; asimismo, en menor proporción, 38,6%, lo hace algunas veces; y la minoría de la población en estudio, 14,0%, lo hace frecuentemente.



### Anexo 13

#### Población en Estudio, según Solicitud de Comida Adicional a la Servida Inicialmente Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>PIDE MÁS COMIDA DE LA CANTIDAD SERVIDA</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi Nunca	246	71,9%
Algunas Veces	54	15,8%
Casi Siempre	42	12,3%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 13), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos de solicitar comida adicional a la cantidad servida inicialmente, apreciándose que la mayoría de pacientes, el 71,9% no lo hace casi nunca; pero en menor proporción, 15,8%, lo hace algunas veces; y la minoría de la población en estudio, 12,3%, lo hace casi siempre.

**Anexo 14**  
**Población en Estudio, según Frecuencia de 15 Minutos de Ejercicios**  
**Hospital III Yanahuara - Essalud,**  
**Arequipa 2017**

<b>FRECUENCIA DE 15 MINUTOS DE EJERCICIOS</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
3 o más veces por semana	174	50,9%
1 a 2 veces por semana	72	21,1%
Casi nunca	96	28,1%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 14), se observa la distribución de la población en estudio, según la frecuencia en que el paciente hace ejercicios al menos por 15 minutos, apreciándose que la mayoría de pacientes, 50,9%, lo hace 3 o más veces por semana; pero en menor proporción, 28,1%, no lo hace casi nunca; y la minoría de la población en estudio, 21,1%, lo hace 1 a 2 veces por semana.

## Anexo 15

### Población en Estudio, según Frecuencia de Ocupación fuera de sus Actividades Habituales Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>FRECUENCIA DE OCUPACIÓN</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi siempre	78	22,8%
Algunas veces	174	50,9%
Casi nunca	90	26,3%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 15), se observa la distribución de la población en estudio, según la frecuencia en que el paciente se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales, apreciándose que la mayoría de pacientes, 50,9%, lo hace algunas veces; pero en menor proporción, 26,3%, no lo hace casi nunca; y la minoría de la población en estudio, 22,8%, lo hace casi siempre.

## Anexo 16

### Población en Estudio, según Actividades Realizadas en el Tiempo Libre - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Salir de casa	30	8,8%
Trabajos en casa	198	57,9%
Ver Televisión	114	33,3%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 16), se observa la distribución de la población en estudio, según las actividades que realizan con mayor frecuencia en su tiempo libre, apreciándose que la mayoría de pacientes, 57,9%, hace trabajos en casa; pero en menor proporción, 33,3%, ve Televisión; y la minoría de la población en estudio, 8,8%, sale de casa.

### Anexo 17

#### Población en Estudio, según Hábitos de Consumo de Tabaco Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

HÁBITO DE CONSUMO DE TABACO	FI	%
No fuma	324	94,7%
Algunas veces	12	3,5%
Fuma a diario	06	1,8%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 17), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos en fumar cigarrillos, apreciándose que la mayoría de pacientes, 94,7%, no fuma; pero aunque en menor proporción, 3,5%, lo hace algunas veces, y la minoría de la población en estudio, 1,8%, fuma a diario.

**Anexo 18**  
**Población en Estudio, según Cantidad de Tabaco Consumido - Hospital III**  
**Yanahuara - Essalud,**  
**Arequipa 2017**

<b>CANTIDAD DE TABACO CONSUMIDO</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Ninguno	324	94,7%
1 a 5	12	3,5%
Más de 6	06	1,8%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 18), se observa los hábitos de frecuencia de consumo de tabaco de la población en estudio, apreciándose que la mayoría de pacientes, 94,7%, no fuma ningún cigarrillo; y en menor proporción, 3,5%, lo hace de 1 a 5 veces, siendo la minoría de la población en estudio, 1,8%, que fuma más de 6 cigarrillos

**Anexo 19**  
**Población en Estudio, según Hábitos de Consumo de Alcohol - Hospital III**  
**Yanahuara - Essalud,**  
**Arequipa 2017**

<b>HÁBITO DE CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Nunca	210	61,4%
Rara vez	132	38,6%
1 vez o más por semana	00	0,0%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 19), se observa la distribución de la población en estudio, según los hábitos en el consumo de alcohol, apreciándose que la mayoría de pacientes, 61,4%, nunca lo hace; pero en menor proporción, el 38,6%, lo hace raras veces.

Asimismo, es conveniente resaltar que ninguno de los pacientes ha referido consumir alcohol 1 ó más veces por semana.

## Anexo 20

### Población en Estudio, según Cantidad de Bebidas Alcohólicas Consumidas - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Ninguna	210	61,4%
1 a 2	78	22,8%
Más de 3	54	15,8%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 20), se observa los hábitos de frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de la población en estudio, apreciándose que la mayoría de pacientes, 61,4%, no consume bebidas alcohólicas; y en menor proporción, 22,8%, lo hace de 1 a 2 bebidas alcohólicas, siendo la minoría de la población en estudio, 15,8%, que consume más de 3 bebidas alcohólicas.



## Anexo 21

### Población en Estudio, según Asistencia A Pláticas sobre Diabetes - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

NÚMERO DE PLÁTICAS	FI	%
Más de 4	42	12,3%
1 a 3	54	15,8%
Ninguna	246	71,9%
TOTAL (n)	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 21), se observa la asistencia a pláticas para personas con diabetes, apreciándose que la mayoría de pacientes, 71,9%, no ha asistido a ninguna plática; y en menor proporción, 15,8%, lo ha realizado de 1 a 3 veces, siendo la minoría de la población en estudio, 12,3%, que ha asistido a más de 4 pláticas.

## Anexo 22

### Población en Estudio, según Obtención de Información sobre Diabetes - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi siempre	48	14,0%
Algunas veces	222	64,9%
Casi nunca	72	21,1%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 22), se observa la frecuencia de obtención de información sobre diabetes por parte de los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 64,9%, lo hace algunas veces; y en menor proporción, 21,1%, no lo hace casi nunca, y la minoría de la población en estudio, 14,0%, obtiene esta información casi siempre.

### Anexo 23

#### Población en Estudio, según el Manejo de Emociones para la Facilidad del enojo - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>ENOJO CON FACILIDAD</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi nunca	54	15,8%
Algunas veces	108	31,6%
Casi siempre	180	52,6%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 23), se observa el manejo de emociones por parte de los pacientes entrevistados, en cuanto a la facilidad del enojo, apreciándose que la mayoría de pacientes, 52,6%, lo hace casi siempre; y en menor proporción, 31,6%, lo hace algunas veces, y la minoría de la población en estudio, 15,8%, no lo hace casi nunca.

## Anexo 24

### Población en Estudio, según el Manejo de Emociones para el Sentimiento de Tristeza - Hospital III - Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>SENTIMIENTO DE TRISTEZA</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi nunca	66	19,3%
Algunas veces	156	45,6%
Casi siempre	120	35,1%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 24), se observa el manejo de emociones por parte de los pacientes entrevistados, en cuanto al sentimiento de tristeza, apreciándose que la mayoría de pacientes, 45,6%, lo hace algunas veces; y en menor proporción, 35,1%, lo hace casi siempre, y la minoría de la población en estudio, 19,3%, no lo hace casi nunca.

## Anexo 25

### Población en Estudio, Según la Presencia de Pensamientos Pesimistas sobre el Futuro - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>PENSAMIENTOS PESIMISTAS</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi nunca	54	15,8%
Algunas veces	216	63,2%
Casi siempre	72	21,1%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 25), se observa la presencia de pensamientos pesimistas sobre el futuro de los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 63,2%, lo hace algunas veces; y en menor proporción, 21,1%, lo hace casi siempre, y la minoría de la población en estudio, 15,8%, no lo hace casi nunca.

## Anexo 26

### Población en Estudio, Según Esfuerzo para Controlar la Diabetes - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>ESFUERZO PARA CONTROLAR LA DIABETES</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi siempre	84	24,6%
Algunas veces	252	73,7%
Casi nunca	06	1,8%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 26), se observa el máximo esfuerzo para tener controlada la diabetes, por los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 73,7%, lo hace algunas veces; y en menor proporción, 24,6%, lo hace casi siempre, y la minoría de la población en estudio, 1,8%, no lo hace casi nunca.

## Anexo 27

### Población en Estudio, según Seguimiento de Dieta para Diabético - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>DIETA PARA DIABÉTICO</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi siempre	150	43,9%
Algunas veces	186	54,4%
Casi nunca	06	1,8%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 27), se observa el seguimiento de dietas especiales para diabético por los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 54,4%, lo hace algunas veces; y en menor proporción, 43,9%, lo hace casi siempre, y la minoría de la población en estudio, 1,8%, no lo hace casi nunca.

## Anexo 28

### Población en Estudio, según Olvido para Tomar Medicamentos para Diabético - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>OLVIDO PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi nunca	168	49,1%
Algunas veces	108	31,6%
Frecuentemente	66	19,3%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 28), se observa el olvido en la toma de medicamentos para diabético por los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 49,1%, casi nunca olvida tomar sus medicamentos, y en menor proporción, 31,6%, lo hace algunas veces, y la minoría de la población en estudio, 19,3%, lo hace frecuentemente.



## Anexo 29

### Población en Estudio, según Seguimiento de Instrucciones Médicas - Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

<b>SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES</b>	<b>FI</b>	<b>%</b>
Casi siempre	186	54,4%
Algunas veces	150	43,9%
Casi nunca	06	1,8%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 29), se observa el seguimiento de instrucciones médicas por los pacientes entrevistados, apreciándose que la mayoría de pacientes, 54,4%, lo hace casi siempre, y en menor proporción, 43,9%, lo hace algunas veces, y la minoría de la población en estudio, 1,8%, no lo hace casi nunca.

### Anexo 30

#### Población en Estudio, según Conducta más Deseable por Dimensión del Estilo de Vida, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

CONDUCTA DIMENSIÓN	Más Deseable		Poco Deseable		No Deseable		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Nutrición	1722	55,9%	1086	35,3%	270	8,8%	3078	100,0%
Actividad Física	282	27,5%	444	43,3%	300	29,2%	1026	100,0%
Consumo de Tabaco	648	94,7%	24	3,5%	12	1,8%	684	100,0%
Consumo de Alcohol	420	61,4%	210	30,7%	54	7,9%	684	100,0%
Información sobre Diabetes	90	13,2%	276	40,4%	318	46,5%	684	100,0%
Emociones	174	17,0%	480	46,8%	372	36,3%	1026	100,0%
Adherencia al Tratamiento	588	43,0%	696	50,9%	84	6,1%	1368	100,0%
<b>TOTAL (n)</b>	<b>3924</b>	<b>45,9%</b>	<b>3216</b>	<b>37,6%</b>	<b>1410</b>	<b>16,5%</b>	<b>8550</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 30), se observa la distribución de la población en estudio según la conducta más deseable por dimensión del Estilo de Vida.

En general, se puede apreciar que la mayor parte de la población, 45,9%, muestra una conducta más deseable, y la menor proporción de pacientes muestran una conducta no deseable, 16,5%.

En relación a las dimensiones; el consumo de tabaco tiene una conducta más deseable, 94,7%, y la dimensión de información sobre diabetes, la que cuenta con un gran porcentaje de conducta no deseable, 46,5%.

Finalmente, en orden de conducta más deseable, se puede enumerar consumo de tabaco, consumo de alcohol, nutrición, adherencia al tratamiento, actividad física, emociones e información sobre diabetes; por otro lado en orden de conducta menos deseable, se puede enumerar información sobre diabetes, emociones, actividad física, nutrición, consumo de alcohol, adherencia al tratamiento y consumo de tabaco.

### Anexo 31

#### Población en Estudio, según Género y Olvido en la Toma de Medicamentos, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

Fuente: Elaboración propia

SEXO \ TOMADE MEDICAMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Si olvida	90	51,7%	72	42,9%	162	47,4%
No olvida	84	48,3%	96	57,1%	180	52,6%
TOTAL (n)	174	100,0%	168	100,0%	342	100,0%

En la presente tabla (anexo 31), se presenta la población en estudio según género y olvido en la toma de medicamentos.

En la totalidad de pacientes, se puede apreciar que la mayoría de los pacientes no olvidan tomar sus medicamentos, 52,6%, pero una importante proporción, si olvida tomar sus medicamentos.

El comportamiento según sexo, es diferente, ya que mientras la mayoría de mujeres, 51,7%, olvida tomar sus medicamentos, la mayoría de varones, 57,1%, no olvida tomar sus medicamentos.

Para la determinación de la adherencia al tratamiento, la respuesta correcta a esta pregunta fue "No olvida" tomar sus medicamentos, por lo tanto, la mayor parte de los pacientes entrevistados, respondieron correctamente.

## Anexo 32

### Población en Estudio, según Género y Toma de Medicamentos a las Horas Indicadas, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

SEXO \ TOMADE MEDICAMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Toma a la hora indicada	156	89,7%	138	82,1%	294	86,0%
No toma a la hora indicada	18	10,3%	30	17,9%	48	14,0%
TOTAL (n)	174	100,0%	168	100,0%	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 32), se presenta la población en estudio según género y toma de medicamentos en las horas indicadas.

En la totalidad de pacientes, se puede apreciar que la mayoría de los pacientes toman sus medicamentos a la hora indicada, 86,0%, pero una pequeña proporción, no toma sus medicamentos a la hora indicada, 14,0%.

El comportamiento según sexo, es similar, pues toman sus medicamentos a la hora indicada, tanto mujeres, 89,7%, como varones, 82,1%; mientras que no toman sus medicamentos a la hora indicada la minoría tanto de mujeres, 10,3%, como varones, 17,9%.

Es preciso establecer que, las mujeres tienen mayor responsabilidad en tomar sus medicamentos a la hora indicada, comparado con los varones.

Para la determinación de la adherencia al tratamiento, la respuesta correcta a esta pregunta fue "Si toma medicamentos a la hora indicada", por lo tanto, la mayor parte de los pacientes entrevistados, respondieron correctamente.

### Anexo 33

#### Población en Estudio, según Género y Toma de Medicamentos al Sentirse Bien, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

SEXO \ TOMADE MEDICAMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Deja de tomar medicación	48	27,6%	18	10,7%	66	19,3%
No deja de tomar medicación	126	72,4%	150	89,3%	276	80,7%
TOTAL (n)	174	100,0%	168	100,0%	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 33), se presenta la población en estudio según género y deja de tomar medicación cuando se encuentran bien.

En la totalidad de pacientes, se puede apreciar que la mayoría de los pacientes no dejan la medicación cuando se encuentran bien, 80,7%, pero una pequeña proporción, si deja la medicación, 19,3%.

El comportamiento según sexo, es similar, pues no dejan la medicación, tanto mujeres, 72,4%, como varones, 89,3%; mientras que si dejan la medicación la minoría tanto de mujeres, 27,6%, como varones, 10,7%.

Es preciso establecer que, los varones tienen mayor responsabilidad en no dejar la medicación, comparado con las mujeres.

Para la determinación de la adherencia al tratamiento, la respuesta correcta a esta pregunta fue "No deja de tomar medicación", por lo tanto, la mayor parte de los pacientes entrevistados, respondieron correctamente.

## Anexo 34

### Población en Estudio, según Género y Toma de Medicamentos Cuando le Sienta Mal, Hospital III Yanahuara - Essalud, Arequipa 2017

SEXO \ TOMADE MEDICAMENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Deja de tomar medicación	54	31,0%	30	17,9%	84	24,6%
No deja de tomar medicación	120	69,0%	138	82,1%	258	75,4%
TOTAL (n)	174	100,0%	168	100,0%	342	100,0%

Fuente: elaboración propia

En la presente tabla (anexo 34), se presenta la población en estudio según género y deja de tomar medicación cuando ésta la sienta mal.

En la totalidad de pacientes, se puede apreciar que la mayoría no dejan la medicación cuando le sienta mal, 75,4%, pero en menor proporción, si deja la medicación, 24,6%.

El comportamiento según sexo, es similar, pues no dejan la medicación al sentarles mal, tanto mujeres, 69,0%, como varones, 82,1%; mientras que si dejan la medicación la minoría tanto de mujeres, 31,0%, como varones, 17,9%.

Es preciso establecer que, los varones tienen mayor responsabilidad en no dejar la medicación, a pesar de que les cae mal, comparado con las mujeres.

Para la determinación de la adherencia al tratamiento, la respuesta correcta a esta pregunta fue "No deja de tomar medicación", por lo tanto, la mayor parte de los pacientes entrevistados, respondieron correctamente.