



**REPÚBLICA DEL ECUADOR
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE: MAGISTER. MENCIÓN: SALUD PUBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO:

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL
CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO, 2019.**

AUTOR:

LCDO. LUIS RICAROD OROZCO VILLARRUEL

Milagro, 2019

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR DE INVESTIGACIÓN

En calidad de Tutor de Proyecto de Investigación, nombrado por el Comité Académico del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro.

Universidad Estatal de Milagro
Presenta

CERTIFICO

Que he analizado el Proyecto de Investigación con el tema **ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE "BABAHOYO, 2019**, elaborado por el **LCDO. OROZCO VILLARRUEL LUIS RICARDO**, el mismo que reúne las condiciones y requisitos previos para ser defendido ante el tribunal examinador, para optar por el título de **MAGÍSTER MENCION: SALUD PÚBLICA**.

Art. 174 del Código Orgánico de la Educación Superior de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia de uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa legal.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual de contenidos a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 21 de septiembre de 2019.


OSCAR VILLARRUEL LUIS RICARDO
C. MAGÍSTER

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejo, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

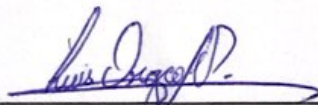
Presente.

Yo, **OROZCO VILLARRUEL LUIS RICARDO** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública, Medicina Preventiva y Enfermedades que afectan a la población, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 21 de septiembre de 2019.



OROZCO VILLARRUEL LUIS RICARDO

CI: 0925002636

DEDICATORIA

Dedico esta tesis A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo.

A mi esposa quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

ORDEN DE DEDICACIÓN DE AUTOR

Rogemar
Eugenio Guevara Vigil, PhD
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presario

AGRADECIMIENTO

Mediante el presente documento quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes. Este trabajo es el resultado de un estudio de tesis de grado para la obtención de un título de licenciado en el área de enfermería en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo, 2019 y que corresponde a la DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO.

Milagro, 21 de septiembre de 2019.

RODOLFO VILLARRUEL LUIS RICARDO

C.I. 0925002836

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejo, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente.

AGRADECIMIENTO

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema es **ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO, 2019** y que corresponde a la **DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO.**

RESUMEN

Milagro, 21 de septiembre de 2019.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problemática

1.1.2 Delimitación del problema

1.1.3 Formulación del problema

1.1.4 Sistema

1.1.5 Determinación del problema



OROZCO VILLARRUEL LUIS RICARDO

CI: 0925002636

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

1.2.2 Objetivos específicos

1.3 JUSTIFICACIÓN

CAPITULO II

2 MARCO REFERENCIAL

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
RESUMEN.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO I.....	4
1 EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1 Problematización	4
1.1.2 Delimitación del problema.....	7
1.1.3 Formulación del problema	7
1.1.4 Sistematización del problema	7
1.1.5 Determinación del problema	8
1.2 OBJETIVOS.....	8
1.2.1 Objetivo general	8
1.2.2 Objetivos específicos.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPITULO II.....	10
2 MARCO REFERENCIAL	10

2.1	MARCO TEÓRICO	10
2.1.1	Antecedentes históricos.....	10
2.1.2	Antecedentes referenciales	13
2.1.3	Fundamentación Teórica	18
2.1.3.1	Estilos de Vida	18
2.1.3.2	Diabetes Mellitus	27
2.2.	MARCO LEGAL	35
2.2	MARCO CONCEPTUAL	37
2.3	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	40
2.3.1	Hipótesis general.....	40
2.3.2	Hipótesis particulares	40
2.3.3	Declaración de variables	41
2.3.4	Operacionalización de las variables.....	41
CAPITULO III.....		45
3	MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	45
3.2	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	46
3.2.1	Características de la población.....	46
3.2.2	Delimitación de la población	46
3.2.3	Tipo de muestra.....	47
3.2.4	Tamaño de la muestra	47
3.2.5	Proceso de selección.....	47
3.3	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	48
3.3.1	Métodos teóricos	48
3.3.2	Métodos empíricos	48
3.3.3	Técnicas e instrumentos.....	48
3.4	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	50
3.5	Consideraciones Éticas.....	51
CAPITULO IV.....		52
4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52
4.1	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	52

4.2	ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	85
4.3	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	87
5	CONCLUSIONES	88
6	RECOMENDACIONES	89
CAPITULO V		90
7	PROPUESTA	90
7.1	TEMA	90
7.2	FUNDAMENTACIÓN	90
7.3	JUSTIFICACIÓN	90
7.4	OBJETIVOS	91
7.4.1	Objetivo General de la propuesta	91
7.4.2	Objetivos Específicos de la propuesta	91
7.5	UBICACIÓN	92
7.6	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	92
7.7	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	92
7.7.1	Actividades	93
7.7.2	Recursos, análisis financiero	94
7.7.3	Impacto	95
7.7.4	Cronograma	96
7.7.5	Lineamiento para evaluar la propuesta	97
8	REFERENCIAS	¡Error! Marcador no definido.
9	ANEXOS	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Interpretación de Hipótesis Vs Resultados	87
----------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad y Sexo de la población en estudio	53
Gráfico 2 Edad y Nivel de escolaridad de los pacientes de la muestra.....	54
Gráfico 3 Ocupación de la muestra de estudio.....	55
Gráfico 4 Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes de la muestra	56
Gráfico 5 Tipo de complicaciones en los pacientes de la muestra.....	57
Gráfico 6 Frecuencia del consumo de verduras	58
Gráfico 7 Frecuencia de consumo de frutas.....	59
Gráfico 8 Frecuencia diaria de consumo de pan	60
Gráfico 9 Número de tortilla que consume al día.....	61
Gráfico 10 Frecuencia con que agrega azúcar a la dieta	62
Gráfico 11 Frecuencia de consumo de sal en la dieta	63
Gráfico 12 Frecuencia de consumo de gaseosa entre comidas	64
Gráfico 13 Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa	65
Gráfico 14 Frecuencia en el aumento de comida después de terminar de comer	66
Gráfico 15 Frecuencia de hacer 15 minutos ejercicios	67
Gráfico 16 Frecuencia de mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales	68
Gráfico 17 Tipo de actividad en tiempo libre.	69
Gráfico 18 Frecuencia de fumar cigarrillo.....	70
Gráfico 19 Número diario de cigarrillo	71
Gráfico 20 Frecuencia de beber alcohol.....	72
Gráfico 21 Número de bebidas alcohólicas	73
Gráfico 22 Número de pláticas para personas con diabetes	74
Gráfico 23 Frecuencia en que trata de tener información sobre la diabetes	75
Gráfico 24 Frecuencia de enojarse con facilidad.....	76
Gráfico 25 Frecuencia de estado de ánimo triste	77
Gráfico 26 Frecuencia de pensamientos pesimistas	78
Gráfico 27 Frecuencia del control de diabetes	79
Gráfico 28 Frecuencia de seguir la dieta para diabéticos	80

Gráfico 29 Frecuencia con que olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina .	81
Gráfico 30 Frecuencia de seguir las instrucciones médicas	82
Gráfico 31 Valoración del estilo de vida en pacientes de la muestra	83
Gráfico 32 Valoración del estilo de vida por dimensiones	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad y Sexo de la población en estudio.....	52
Tabla 2 Edad y Nivel de escolaridad de los pacientes de la muestra.	54
Tabla 3 Ocupación de la muestra de estudio	55
Tabla 4 Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes de la muestra ..	56
Tabla 5 Tipo de complicaciones en los pacientes de la muestra	57
Tabla 6 Frecuencia del consumo de verduras.....	58
Tabla 7 Frecuencia de consumo de frutas	59
Tabla 8 Frecuencia diaria de consumo de pan.....	60
Tabla 9 Número de tortilla que consume al día	61
Tabla 10 Frecuencia con que agrega azúcar a la dieta	62
Tabla 11 Frecuencia de consumo de sal en la dieta	63
Tabla 12 Frecuencia de consumo de gaseosa entre comidas.....	64
Tabla 13 Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa.....	65
Tabla 14 Frecuencia en el aumento de comida después de terminar de comer...	66
Tabla 15 Frecuencia de hacer 15 minutos ejercicios.....	67
Tabla 16 Frecuencia de mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales	68
Tabla 17 Tipo de actividad en tiempo libre.	69
Tabla 18 Frecuencia de fumar cigarrillo	70
Tabla 19 Número diario de cigarrillo.....	71
Tabla 20 Frecuencia de beber alcohol	72
Tabla 21 Número de bebidas alcohólicas.....	73
Tabla 22 Número de pláticas para personas con diabetes	74
Tabla 23 Frecuencia en que trata de tener información sobre la diabetes	75
Tabla 24 Frecuencia de enojarse con facilidad	76
Tabla 25 Frecuencia de estado de ánimo triste.....	77
Tabla 26 Frecuencia de pensamientos pesimistas	78
Tabla 27 Frecuencia del control de diabetes	79
Tabla 28 Frecuencia de seguir la dieta para diabéticos.....	80
Tabla 29 Frecuencia con que olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina....	81
Tabla 30 Frecuencia de seguir las instrucciones médicas.....	82

Tabla 31 Valoración del estilo de vida en pacientes de la muestra.....	83
Tabla 32 Valoración del estilo de vida por dimensiones	84
Tabla 33 Talleres sobre diabetes y estilos de vida saludables	93
Tabla 34 Presupuesto.	95

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de gran importancia a nivel de Salud Pública en todo el mundo, por ser una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes que representa una gran carga económica para los sistemas de salud y la economía mundial. **Objetivo:** Identificar los estilos de vida y las dimensiones que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II mediante el cuestionario IMEVID caracterizando los aspectos sociodemográficos y estableciendo las complicaciones frecuentes que se presentan en los pacientes con esta patología. **Metodología:** La investigación es de tipo descriptiva, de campo con un diseño transversal aplicando la modalidad cuantitativa. Se aplicó una encuesta con el cuestionario IMEVID dirigido a los pacientes con diabetes mellitus tipo II. **Resultados:** De un total de 85 pacientes con diabetes mellitus tipo II, 32 de ellos presentaron un estilo de vida desfavorable; 28 tuvieron un estilo de vida poco favorable y 25 presentaron un estilo de vida favorable con 38%, 33%, 29% respectivamente. En cuanto a los dominios del cuestionario IMEVID mayormente afectados en estos pacientes fueron la actividad física con 54%, información sobre la diabetes 55% y el estado emocional 40%. **Conclusiones:** Los pacientes con Diabetes tipo II considerados en este estudio tuvieron estilos de vida desfavorables. Resulta de gran importancia interesarse en esta situación que aborda este problema de salud pública puesto que la modificación de los estilos de vida reduce la posibilidad de desarrollar complicaciones propias de la diabetes tipo 2. **Recomendaciones:** Elaborar un plan de capacitación que abarque buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes, el cual dará solución al problema encontrado en la investigación.

PALABRAS CLAVE: Estilos de vida, diabetes mellitus tipo II, salud pública.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a disease of great importance for Public Health worldwide, as it is one of the most frequent non-communicable diseases that represents a great economic burden for the health systems and the world economy. **Objective:** To identify the lifestyles and dimensions of patients with type II diabetes mellitus using the IMEVID questionnaire, characterizing the sociodemographic aspects and establishing the frequent complications that occur in patients with this pathology. **Methodology:** The research is descriptive, field research with a transversal design applying the quantitative modality. A survey was applied with the IMEVID questionnaire aimed at patients with type II diabetes mellitus. **Results:** Of a total of 85 patients with type II diabetes mellitus, 32 of them presented an unfavorable lifestyle; 28 had an unfavorable lifestyle and 25 presented a favorable lifestyle with 38%, 33%, and 29% respectively. Regarding the domains of the IMEVID questionnaire most affected in these patients were physical activity with 54%, information on diabetes 55% and emotional state 40%. **Conclusions:** The patients with Type II Diabetes considered in this study had unfavorable lifestyles. It is of great importance to be interested in this situation that addresses this public health problem since the modification of lifestyles reduces the possibility of developing complications of type 2 diabetes. **Recommendations:** Develop a training plan that encompasses good nutritional habits, exercises, information, emotion management, self-care and treatment support for patients with diabetes, which will provide a solution to the problem found in the research.

KEY WORDS: Lifestyles, diabetes mellitus type II, public health.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida se refieren a un conjunto de costumbres, patrones o esquemas que una persona presenta en su vida cotidiana, mismos que están relacionados con los hábitos nutricionales, las actividades físicas, toxicomanías, entre otras. Un Estilo de vida favorable reduce la posibilidad de desarrollar diabetes, enfermedad cardiovascular y mejora la calidad de vida; un estilo de vida poco favorable aumenta el riesgo a desarrollar padecimientos crónicos no transmisibles como la diabetes mellitus y un estilo de vida desfavorable aumenta la probabilidad de mortalidad por esta patología.

Los cambios en los estilos de vida de la población aumenta la prevalencia e incidencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 entre los cuales tenemos: el consumo excesivo de alimentos con alto contenido graso y azúcares, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de tabaco y alcohol; el cambio en el estado emocional de la persona que padece la enfermedad, el desinterés en conocer sobre esta patología, los cuidados y autocuidado de la misma; factores que generan un alto impacto socioeconómico por los altos costos en salud y por la afectación en la calidad de vida, su estructura de funcionamiento la sensación de bienestar en la familia y en los pacientes que padecen de esta enfermedad.

La evidencia científica demuestra que la realización de un patrón dietético saludable y el aumento del nivel de actividad física ayudan a reducir el riesgo a desarrollar la enfermedad o a controlar y disminuir de forma significativa las complicaciones asociadas a la misma, por esta razón resulta importante detener la progresión de esta patología trabajando de manera multisectorial en promoción y prevención dirigida.

En la actualidad la diabetes mellitus tipo II implica una situación por mejorar de gran significado por la magnitud de sus repercusiones biopsicosociales, además representa un alto costo de tratamiento para el Sistema Nacional de Salud. Los patrones alimentarios, sedentarismo, ingesta y abuso de alcohol, así como los cigarrillos, son cuatro factores de riesgo que producen el desarrollo de esta enfermedad, es por ello que la diabetes es la enfermedad que más se relaciona con la alimentación y los estilos de vida.

El presente estudio transversal tiene como propósito **“Determinar los Estilos de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque. Babahoyo, 2019”**. Con un enfoque cuantitativo, analítico y descriptivo, en el cual se obtiene información sobre los patrones de consumo alimenticio, las actividades físicas, cuidado familiar que tienen los pacientes.

La justificación de este trabajo de investigación se debe a la falta de actividades de promoción en salud, enfocadas a los estilos de vida saludables, cabe recalcar que la entidad de salud realiza control médico y nutricional, sin embargo, los pacientes no concientizan sobre las repercusiones que en lo posterior pueda provocar esta patología, razón por lo cual resulta necesario priorizar la detección temprana para actuar de manera oportuna.

La finalidad de esta investigación es mejorar los patrones de consumo alimenticio e incentivar la práctica de actividad física para disminuir la prevalencia de diabetes mellitus tipo II en los pacientes, puesto que en la actualidad estas alteraciones afectan la salud pública.

Los datos obtenidos en esta investigación servirán para mejorar el bienestar y sensación de calidad, por lo que se propone un **“Elaborar un plan de capacitación que abarque buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes, el cual dará solución al problema encontrado en la investigación”** para así disminuir la prevalencia de diabetes mellitus tipo II y mejorar los estilos de vida a través de una óptima utilización de los recursos y espacios del centro de salud”.

Para llevar a cabo la investigación, se desarrollaron capítulos ordenados sistemáticamente de la forma siguiente:

Capítulo I. Se abordó el planteamiento de problema, la elaboración de objetivos y la justificación de la investigación en cuanto a los Estilos de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Capítulo II. Corresponde al marco referencial, teórico, conceptual, determinación y operacionalización de las variables; así mismo, incluye bases legales, Hipótesis de los Estilos de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Capítulo III. Se desarrolló el Marco Metodológico, constituido por el Tipo y Diseño de Investigación la cual será descriptiva, de campo con un diseño transversal aplicando la modalidad cuantitativa fundamentado a través de teorías científicas los datos, además, se aborda la población y muestra, instrumentos de investigación, métodos, y el procesamiento de los datos obtenidos.

Capítulo IV. En este apartado se desarrolla el análisis de resultados que comprende la situación actual, el análisis comparación, evolución, tendencia y perspectivas, verificación de la hipótesis y los resultados donde se realiza la discusión de los datos obtenidos en cuanto a los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Capítulo V. Comprende la Propuesta de solución al problema la alternativa es Elaborar un plan de capacitación que abarque buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud “Enrique Ponce Luque del cantón Babahoyo”.

Además, este apartado está constituido por la sustentación, justificación, objetivos de la propuesta, general como específicos, beneficios de la propuesta, ubicación, factibilidad, descripción de la propuesta, actividades, recursos, análisis financiero, impacto, cronograma y lineamientos.

Para finalizar, se relacionan las referencias bibliográficas y los anexos que sustentan la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematicación

Disertar sobre la Diabetes Mellitus resulta significativo ya se constituye como una enfermedad de particular atención en el ámbito de los sistemas de Salud Pública en todo el planeta, por estar considerada como una de los padecimientos no transmisibles de mayor frecuencia y que causa un impacto importante desde la perspectiva económica para los Estados nacionales en todo el mundo, tal como lo expresa Gallegos (2017) cuando afirma:

En el caso de América Latina y del Ecuador en particular, se ha encontrado un estudio del año 2014 realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Programa Mundial de Alimentos (CEPAL y PMA, 2017), que en términos generales abarca información cuantitativa en lo referente a una de las principales causas atribuidas al desarrollo de la diabetes, como es el caso de la doble carga de la malnutrición: desnutrición y sobrepeso y obesidad, cuyos datos se resumen en la Tabla 4, en donde se puede observar que en el año 2014, la malnutrición le costó al Ecuador 4.346 millones de dólares (4.3% del PIB), de los cuales 1.746 millones de dólares fueron costos por sobrepeso y obesidad especialmente por el costo en la atención médica y pérdidas en la productividad. (p.39)

En este sentido, en el entorno global, la preeminencia de la diabetes en sujetos adultos entre 18 años o más, ha sido un incremento cercano al 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014, asumido como un crecimiento muy veloz entre las naciones con finanzas categorizadas entre medio y bajos ingresos. De la misma manera, al considerar las cifras de mortalidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que para el 2015 sufrieron muerte por esta causa alrededor de 1,6 millones de individuos de manera directa, infiriéndose que también estos números se duplicarían para finales del año 2030. (OMS, 2018)

En el continente americano, esta enfermedad se constituye como una de los principales agentes de causa de muerte y discapacidad en la región. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud infiere un aproximado de 62,8 millones de

sujetos en el continente que sufren de diabetes (fuente de 2011). En este sentido, de continuar esta tendencia, podría asumirse que al arribo del año 2030 se incrementa entre 25 a 40 millones, en otras palabras, 91,1 millones de personas con diabetes. De la misma manera, en para efectos de EEUU, Canadá y México, así como naciones no hispano-parlantes del área del Caribe se estima que este número se incrementaría de entre 38 a 51 millones en la misma etapa. (OPS, 2014).

Para el caso de la República del Ecuador, el predominio de diabetes en el grupo poblacional de entre 10 y 59 años representa a un 2.7%, el cual se incrementa hasta el 10.3 % a la tercera década de vida, al 12.3 % para las personas con edad superior a los 60 años y, luego, aumenta a 15.2 % en la categoría de entre 60 a 64 años, con mayor predominio en el sexo femenino. (MSP, 2017). En este sentido, se destaca que el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) asume a la Diabetes Mellitus como una de las principales causas de mortalidad femenina, ocupando el segundo lugar, con un 8.59% de la totalidad de los fallecimientos; y con un tercer lugar para el caso de defunciones en el sexo masculino ascendiendo al 6.17% (INEC, 2016).

Al respecto, tomando en consideración al cantón Babahoyo, según los perfiles de mortalidad la diabetes tipo 2 se registró como la cuarta causa de muerte. Así también, Según los datos obtenidos en distrito 12D01 Babahoyo – Baba- Montalvo en el año 2018 esta patología se consideró como la segunda causa de morbilidad de las ECNT, por tal razón es catalogada como un problema de salud local, cuyas complicaciones inciden negativamente en el buen vivir (calidad de vida) de la población. Cabe indicar que, mediante la matriz del EPI 2 (casos confirmados) se captaron 85 nuevos sujetos calificados con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en este mismo año, estos datos dan a conocer el diagnóstico situacional de esta patología en el cantón (MSP, 2016).

Según Romero y otros (2011) La caracterización de la diabetes tipo 2 (DMT2) puede resumirse como una “enfermedad metabólica determinada por la hiperglucemia causada por dificultades de la secreción o acción de la insulina”. (p.1) Las causas que conllevan al desarrollo de esta patología son: el consumo excesivo de alimentos con alto contenido graso y azúcares, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de tabaco y alcohol; a esto se agrega también la falta de información en relación a la diabetes y los cuidados de la misma, ya que es importante estar sensibilizado ya que la atención al paciente diabético exige cuidado médico permanente, así como técnicas para el

autocuidado del propio paciente y su entorno familiar, con el propósito de prevenir aumento en las dificultades de su proceso.

Un estilo de vida inadecuado desencadena complicaciones agudas, crónicas, severas y discapacitantes como: la insuficiencia renal, la ceguera, (úlceras neuropáticas). Cabe destacar que estas circunstancias están presentes en un gran número de víctimas, viéndole desde una perspectiva humana y económica. Existen estimaciones que asumen hasta un 70 % de casos de amputación de extremidad inferior se encuentran vinculadas con esta enfermedad (Hernández, 2016). Por ello es fundamental que cambien los estilos de vida de los pacientes, para así mantener un control metabólico adecuado. puesto que los cambios en la dieta, la actividad física, los hábitos sociales y la información pertinente que el paciente obtiene sobre la enfermedad, lo cual, propicia mejores condiciones para el bienestar, calidad y esperanza de vida. (Alarcón, 2016).

La magnitud de este problema es evidente y preocupante debido a que esta patología ocasiona un alto impacto económico por los altos costos de esta enfermedad, los cuales comprenden: costos en la atención ambulatoria y de urgencias; atención intrahospitalaria, medicamentos e insumos médicos; es decir, conlleva una incidencia social significativa puesto que afecta a la calidad de vida, estado funcional y sentido de bienestar integral de los pacientes que la sufren, así como del entorno familiar. (Llanes, 2012)

Con este escenario epidemiológico se puede decir que, la diabetes mellitus es un grave problema de salud pública por su alta prevalencia y mortalidad en la población adulta. Por tal razón, es importante prevenir el desarrollo de esta enfermedad, capacitando a los usuarios con la finalidad de combinar nuevos hábitos de vida en procura del bienestar, junto con el tratamiento farmacológico pertinente.

En correspondencia a lo planteado, la presente investigación tiene como propósito **“Identificar modos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro materno infantil Enrique Ponce Luque. Babahoyo, 2019**, para así proponer alternativas de solución y mejorar los programas de atención primaria en salud.

1.1.2 Delimitación del problema

Línea de investigación de la Universidad:	Salud pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.
Sub línea de la Maestría:	Atención primaria de salud y enfermedades metabólicas.
Objeto de estudio:	Diabetes Mellitus tipo II
Unidad de observación:	Pacientes con diabetes mellitus II del centro de salud Enrique Ponce Luque.
Tiempo:	2019
Espacio:	Centro de Salud Enrique Ponce Luque.

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo 2019?

1.1.4 Sistematización

- ¿Qué aspectos sociodemográficos caracterizan a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- ¿Cuáles son los modos de vida y dimensiones que tienen los sujetos que padecen diabetes mellitus tipo II mediante el cuestionario IMEVID?
- ¿Qué complicaciones se presentan en las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2?
- ¿Qué criterios conlleva la configuración de una propuesta de intervención comunitaria de baja inversión y alto impacto para la solución del problema?

1.1.5 Determinación

Estilos de vida en pacientes con Diabetes Tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque. Babahoyo, 2019.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Identificar los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo 2019.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Determinar los estilos de vida y las dimensiones que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II mediante el cuestionario IMEVID.
- Establecer las complicaciones frecuentes que se presentan en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Elaborar un plan de capacitación que abarque buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se basa en los Objetivos del Desarrollo Sostenible, el cual menciona en su objetivo tres: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* mismo que tiene como meta *“reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”*. (ONU, 2015).

Tomando en consideración los números estadísticos a nivel global, sobre la ocurrencia de la diabetes mellitus en adultos mayores de 18 años es evidente el aumento del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 y en el año 2016 la incidencia de diabetes fue de 7.3%, presente en 6.7% para hombres y 7.9% para mujeres con prevalencia en los países de ingresos medianos y bajos. (OMS, 2016). Así pues, la Organización Mundial de la Salud estableció que en el año 2015 la diabetes fue el origen directo de fallecimientos

en el orden de 1,6 millones de personas, categorizándola como la séptima causa de mortalidad en el planeta en el ámbito de los países de ingresos medianos y bajos. (OMS, 2018).

El Ecuador, también es afectado. Las estadísticas evidencian que la diabetes es la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón, con una mortalidad mayor en mujeres que en hombres. (INEC, 2016). Esta afección tiene un alto impacto en la sociedad, puesto que si no son captadas y controladas de manera oportuna provocará la aparición de enfermedades discapacitantes generando altos costos a nivel salud.

Ahora bien, la evidencia científica ha desarrollado mejor capacidad en el cuidado del paciente diabético mediante la prevención, es decir, actividades educativas ligadas a la promoción de salud en Atención Primaria, demostrando efectos beneficiosos en la ejecución de actividades físicas en el control y seguimiento de la DM tipo 2. (R. LLanes de Torres, 2002). Por tanto, resulta de gran interés para todos los países conocer la situación actual de esta enfermedad con el propósito de poder desarrollar acciones contundentes en la Atención Primaria para el abordaje de esta circunstancia.

Como profesional vinculado al área de la salud con este trabajo investigativo “Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Enrique Ponce Luque”, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de la población en estudio, mediante capacitaciones continuas sobre esta enfermedad para así educar a los pacientes y familiares que presentan esta afección.

Además, se asume que el trabajo de investigación que se presenta, propicie el interés en el distrito de Salud 12D01 para reforzar más la promoción y prevención de esta enfermedad a nivel local, puesto que la educación en los pacientes diabéticos es fundamental para alcanzar así un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades discapacitantes. Por tal razón, se propone el diseño de un Plan de Capacitación de alimentación, ejercicio, medicación, controles, autocuidado y cuidado familiar, mismo que tendrá un alto impacto en la sociedad, pues se pretende disminuir el desarrollo de esta enfermedad y mejorar los estilos de vida de la población de estudio.

Así también, se espera que los resultados de este trabajo de investigación sirvan de línea base para futuras investigaciones.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos

Según la Organización Mundial de la Salud los estilos de vida (EV) resultan en una manera habitual de ejercer la vida, vinculada fundamentalmente con determinadas circunstancias y conductas marcadas por el ámbito sociocultural y personal (García-Laguna, García-Salamanca*, Tapiero-Paipa, & Ramos C., 2012). Al igual que la OMS, Marriner 2007 la definió como la conducta que el sujeto asume de entre las alternativas de vida por la cual, actualmente, resulta en un factor determinante para la dimensión de salud (Alayo Agreda & Horna Huancas, 2013).

En función de lo anteriormente expuesto, se infiere que, efectivamente, el Estilo de Vida incide en todos los escenarios del ser humano. Por ello, diversos estudiosos de la materia exponen sus teorías y propuestas conceptuales para el desarrollo de estilos de vida saludables (EVS), vinculándolas con pautas de comportamiento relacionadas a la salud.

De esta manera, los factores que influyen en el Estilo de vida (EV) están muy relacionados al componente social, manifestándose de diversas maneras pudiendo considerar una perspectiva de género, por ejemplo: la mujer se relaciona con labores del hogar, distintamente al hombre que se asocia con roles o actuaciones en el ámbito laboral y social que lo predisponen a llevar circunstancias caracterizadas por proceder riesgosos para su salud, por ejemplo, el consumo en exceso de alcohol o cigarrillo. Así mismo, aquellos aspectos ligados a lo económico ya que, al no contar con los recursos humanos, se traduce en una contracción del consumo de alimentos.

En este sentido, (Ramirez Velez & Agredo, 2012) manifestaron que los estilos de vida “se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de en una persona”. (p.1)

En otras palabras, los estudiosos de la temática han considerado al comportamiento y sus patronos como un determinante de la salud, desarrollando un papel importante y significativo en el desarrollo de enfermedades. Por ello, esta situación se relaciona frecuentemente con la aparición de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus 2.

Reaven 1980 citado por Ramírez (2012), observó que “la dislipidemia, la hipertensión arterial y la hiperglicemia, eran condiciones frecuentemente asociadas a un inadecuado estilo de vida”(p.3). Por otro lado (Gamarra, 2012) indica que los modos de vida no se reflejan solo en hábitos, sino que están ligados a las relaciones sociales, culturales e incluso creencias religiosas.

De la misma manera, la Unidad de Práctica Familiar de McMaster en el McMaster Health Sciences Center 1982 citado por (Douglas, 1984) categorizó a los estilos de vida en tres grandes cuadrantes: cuerpo, sociedad y mente, de tal modo de configurar un cuestionario que midiera el estilo de vida.

Así pues, Douglas 1984, citado por (Ramirez Velez & Agredo, 2012) indicó que:

El cuestionario «Fantástico» es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Mc Master de Canadá, y permite identificar y medir el estilo de vida de una 28 población particular. Este cuestionario contiene ítems cerrados que exploran tres dominios: físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida.

De la misma manera, autores como (Betancurth, L; Vélez, A. y Jurado, V., 2015), defendieron la herramienta como un mecanismo rápida y fácil de estimar la medición de estilos de vida.

En este contexto, asumen dimensiones de variable los siguientes dominios, según Ramírez (2012):

físicos como hábitos alimenticios o alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas, sueño, descanso y estrés, a la actividad física y conducción laboral o actividad laboral; como dominio social, destacan las actividades sociales que implican interacciones con la familia y allegados; y por último al dominio psicológico, enfocándole en el tipo de personalidad, orden e introspección. (p.1)

Este instrumento resulta en una herramienta para medir el estilo de vida en los sujetos desde una perspectiva rápida y fácil, por tanto, es fundamental que se ejecute en sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 pues los mismos demandan un

cuidado médico permanente y diferentes acciones para la disminución de factores de riesgos. Así, los planes y programas de salud se orientan a la educación de los pacientes con DM2 no contemplan la evaluación del estilo de vida como un parámetro de seguimiento del paciente, aspecto que es totalmente necesario. De esta manera, la evaluación podría guiar al personal profesional de salud para establecer modelos específicas de perfeccionamiento en las políticas y programas de salud o establecer acciones enfocadas en un grupo o población específica en función de sus necesidades y recursos.

De esta manera, la diabetes mellitus es un problema médico reconocido por la humanidad desde hace miles de años. Esta era conocida antes de la época cristiana, se deriva del sifón griego:

del significado de la *diabetes* de la palabra - para pasar a través y de la palabra latina significado *mellitus* enmelado o dulce. Esto es porque en la diabetes el exceso del azúcar se encuentra en sangre, así como la orina. (p.1)

Alrededor de 250 A.C esta patología fue acuñada probablemente por Apollonius de Memphis. Así pues, es en 1675 cuando Thomas Willis incluye la palabra “mellitus” a la diabetes, producto del gusto dulce de la orina.

En 1889, José von Mering y Oskar Minkowski revelaron el rol del páncreas en torno a la diabetes y hallaron que los canes cuyo páncreas fueron removidos manifestaban todos los signos y síntomas de la diabetes y fallecieron poco tiempo después. Luego, en 1910, sir Edward Albert Sharpey-Schafer reportó que la diabetes resulta de insuficiencia de insulina. Él llamó al azúcar de sangre de regulación químico como insulina de la “ínsula latina”, significando la isla, en referencia a los islotes insulina-que producían de Langerhans en el páncreas. (Ananya Mandal, 2019). Al respecto, Según Mandal (2019):

En 1919, el Dr. Frederick Allen del instituto de Rockefeller en Nueva York publicó sus “reglas dietéticas totales en el tratamiento de la diabetes” que inició la inclusión de una terapia con método estricto y enfocado en la dieta o del hambre - como forma de tratar la diabetes. Y en enero de 1922, Leonard Thompson paciente de la caridad en el Hospital General de Toronto, se erigió como el primer paciente en recibir la inyección de insulina como forma de tratamiento a la diabetes, por lo que vivió otros 13 años antes de morir de pulmonía a la edad de 27 años. (p.1)

Posteriormente, se erigen una cantidad de adelantos científicos que propiciaron una verdadera revolución en la medicina y contribuyeron a entender y controlar y dar seguimiento a la diabetes. (Asociación de la Diabetes Madrid, 2015)

La etiología de la Diabetes Mellitus se estudia en correspondencia al conocimiento de los procesos autoinmunitarios, el rol que juega el componente hereditario, la insulinoresistencia y la predicción ya es factible. Así, a lo largo de ADM (2015) “las últimas décadas se han concretado extraordinarios adelantos en el conocimiento de la epidemiología, fisiopatología, complicaciones, prevención y tratamiento de esta enfermedad”. (p.2) De esta manera, existen metodologías de diagnóstico y procedimientos terapéuticos bien actualizados que han florecido y desarrollado plenamente, así como otros se distinguen a corto plazo.

En otras palabras, actualmente, la vida y la calidad presente en las personas con diabetes puede sobrellevarse, muy cercano a lo normal, con calidad de vida igual a la de las personas que no la presentan.

2.1.2 Antecedentes referenciales

La revisión bibliográfica representa una etapa de gran significado ya que permite la cercanía del investigador con fuentes científicas de inspiración, documentos que profundizan la actividad investigativa sobre la temática tratada. En este sentido, se reportan los siguientes hallazgos.

En un estudio transversal realizado en México, cuyo propósito implica la evaluación de los estilos de vida en 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el cual demostró un 45.3% mujeres y 54.7% hombres que presentaron esta patología, respecto a la edad el grupo de 50 a 59 años presento mayor frecuencia de diabetes tipo II con (72.7%) (Romero y Romero, 2011)

Este estudio también hace referencia a los dominios relacionados al estilo de vida que demandan atención reportándose la actividad física (48.1%), autoestima (57.8%), autopercepción (68.3%), dieta (68.7%) y apego terapéutico (73.5%). Este estudio concluye, efectivamente, que los estilos de vida inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 predomina los dominios vinculados a la actividad física, la autoestima y el apego al tratamiento médico (Romero Márquez, Díaz Veja, & Romero Zepeda, 2011).

De la misma manera, en otro trabajo de investigación realizado en Colombia, de carácter cuantitativo, prospectivo, de nivel descriptivo, simple y de corte transversal; se estableció como propósito la determinación del estilo de vida actual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tomándose como muestra:

60 pacientes inscritos al programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud (IPS) de I nivel; como muestra se tuvo en cuenta 30 pacientes que asistieron sin falta al control de la diabetes a los cuales se les aplicó el instrumento. (p.1)

En este trabajo, se aplicó un cuestionario IMEVID para efectos de la recolección de la data.

Los citados autores manifiestan que:

Se reporta en relación a los estilos de vida, en la dimensión hábitos nutricionales que un 57,0% de pacientes tuvieron estilos de vida saludables, en la dimensión actividad física el 40% tuvieron estilos de vida saludables y el 30% estilos de vida poco saludables; en hábitos nocivos, un 87% tuvieron estilos de vida saludables; en cuanto a poseer información sobre la diabetes el 73,2% tuvieron estilos de vida poco saludables; en relación al estado emocional el 65% presentaron estilos de vida saludables; y en la dimensión adherencia terapéutica el 50% de pacientes tuvieron estilos de vida saludables. Concluyendo que en su mayoría los pacientes considerados en el estudio tuvieron estilos de vida saludables. (2011)

Se consideró también otra investigación realizada en Perú con nivel descriptivo y correlacional, cuyo objetivo fue Determinar el Estado Nutricional en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Consultorio Externo de Enfermedades no Transmisibles del Hospital Apoyo Iquitos, la cual reporta una muestra de 132 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 donde fue utilizado un cuestionario IMEVID. De acuerdo a los resultados de esta investigación se evidencia que el sexo femenino tuvo un mayor predominio de diabetes mellitus tipo 2, respecto a la edad el 68.2% pertenecieron al grupo etario de 40 a 60 años. En cuanto a la evaluación de los estilos de vida una cantidad significativa de pacientes se ubicó en el regular estilo de vida con 69.7%, seguido de un mal estilo de vida con 15.9% y 14.4% buen estilo de vida. (Meza Meza & Tapullima Cobos, 2016)

A nivel nacional, en el Ecuador fue desarrollado un estudio de nivel descriptivo realizado en la ciudad de Cuenca, cuyo objetivo fue Determinar el estilo de vida que practican los pacientes diabéticos, con una muestra de 335 pacientes con diabetes

mellitus tipo 2 en el cual fue aplicado, al igual que en los trabajos anteriores, el cuestionario IMEVID para efectos de la recolección de los datos. Los resultados de esta investigación ponen en evidencia que las edades de los pacientes fluctuaron entre 22 y 96 años con una mediana de 64 años, el 64.8% fueron mujeres. El 64.5% se dedicaban a labores de casa y el tiempo de diagnóstico de diabetes fue reportado en la alternativa de los últimos 5 años con un 27.9% de los pacientes. En cuanto a la valoración de los estilos de vida tuvo predominio el saludable con 57.2%, seguido de muy saludable con 41.4% y 1.4% poco saludable (Alvarez Peralta & Bermeo Barros, 2015).

Otro estudio de carácter descriptivo y analítico realizado en la ciudad de Esmeralda, tuvo objetivo el Determinar el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el subcentro San Vicente Paul, considerándose una muestra de 30 pacientes en los cuales se aplicó el cuestionario IMEVID para la recolección de los datos. Entre los resultados de esta investigación evidencian que el estilo de vida que predominó más fue el saludable con 70%, y un 30% con estilo de vida muy saludable. (Sánchez Valencia, 2016)

En conclusión, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es más frecuentes en el sexo femenino que el masculino en una edad entre 50 a 59 años y se enfatiza que en la mayoría de las investigaciones que aplican el instrumento IMEVID predominan los estilos de vida saludables en cuanto a los dominios de hábitos nutricionales, actividad física y adherencia al tratamiento, en comparación a nuestro estudio en el cual se evidencia un estilo de vida desfavorable y poco favorable en los tres dominios antes mencionados.

2.1.2.1 Visión Salubrista del Problema

Los estilos de vida, están relacionadas entre las condiciones y patrones de vida de los individuos, estas son expresadas en hábitos obtenidos por experiencias personales en la sociedad. De esta manera, se infiere que el tratamiento impropio del estilo de vida en el sujeto que padece diabetes tiene una incidencia significativa ya que cataliza complicaciones agudas y crónicas, por lo cual es conveniente que el sujeto debe procurar conductas que apunten a la salud integral relacionadas con la buena nutrición, ejercicio físico, el no consumo de alcohol, tabaco y diversas sustancias

recreacionales, así como la procura de actividades y relaciones interpersonales que beneficien su estado de ánimo.

Por ende, puede inferirse que el estilo de vida juega un rol muy importante en el abordaje de los pacientes con diabetes mellitus, considerando la relación con la dieta, el ejercicio físico, la gestión de las medicinas e insulina para el seguimiento de su enfermedad. Así también es fundamental en la parte psicológica puesto que esta enfermedad ocasiona una gran exigencia física, así como de carácter psicológico y emotivo para estos pacientes; porque sus comportamientos, dogmas y sentires provienen de esta especial condición de cronicidad y por ello, incide de manera importante en su calidad de vida.

Así pues, se presume que la diabetes procura una angustia muy personal y por supuesto un costo para las naciones. Hay que destacar que las dificultades y complicaciones no son inevitables, ya que existen experiencias muy interesantes realizadas en muchos escenarios internacionales que afirman que estas complicaciones, consecuencia de la diabetes, se pueden prevenir o retrasar, así como procurar con destacada eficacia la prevención de su progreso. En este sentido, hay orientaciones para el seguimiento clínico que configuran estándares de atención sugeridos que en la actualidad se encuentran disponibles. Para el caso de Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha determinado un tratamiento integral para este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, ya que representa una iniciativa con alta prioridad.

Es por ello que la Guía de Práctica Clínica de la Diabetes Mellitus tipo 2, procura el suministro de información al personal profesional del sector salud una serie de orientaciones clínicas con base en la rigurosidad científica, encaminado a la prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la citada dolencia. Esta guía surge para ser aplicada en todos los diferentes escenarios de atención en el Sistema Nacional de Salud, a fin de procurar la generalización de acciones para potenciar la calidad de la atención médica.

Según el Ministerio de Salud Pública (2017) citando a la Federación Internacional de Diabetes, manifiesta que en el año 2015 hubo:

415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones que no fueron diagnosticados. Además, se considera que existen 318 millones de adultos con alteración en la tolerancia a la glucosa, los mismos que presentan un alto riesgo de desarrollar diabetes en los próximos años. De esta manera se estima que para el año 2040 existirán en el mundo 642 millones de personas viviendo con esta enfermedad. El mismo reporte declara que en el Ecuador la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 %.
(p.12)

En este sentido, en el cantón Babahoyo, según datos obtenidos por el distrito de Salud 12D01 muestran una población total de 245.564 habitantes, existiendo 30 centros de salud de atención primaria dispersos en todo el cantón. El estudio se realizó en el Centro Materno infantil Enrique Ponce Luque el cual presenta una población estimada de 40.215 habitantes. Según los distributivos de talento humano, el equipo sanitario que labora en los centros materno infantil es de 10 profesionales en salud, de estos 8 son médicos generales y 2 son especialistas en medicina familiar. Según estos datos existe déficit de personal de salud en la unidad operativa, puesto que en la población de referencia existe una relación de 8 médicos generales por cada 5.026 habitantes; respecto a los médicos familiares la brecha se amplía a 1 médico por cada 20.107 habitantes, factor contributivo a la no captación temprana y adecuada de pacientes con dislipidemias y otros factores de riesgos que contribuyen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Asimismo, en relación al tema de estudio, se tomaron parámetros asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, en sus cifras oficiales publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): La tasa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el año 2016 ascendió a 407.1 x 100.000 habitantes, siendo de 452,9 en hombres y 367,4 en mujeres. La tasa de diabetes mellitus fue a su vez de 44,6 x 100.000 habitantes, siendo de 44,9 en hombres y 44,7 en mujeres (OPS, 2016).

Es por ello que el Ministerio de Salud (2017) establece que:

los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 requieren de cuidado médico continuo, pero, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y finalmente, aumentar la calidad de vida. A pesar de esto, la baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento, creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen y por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, que, en conjunto, le impiden al paciente tomar control sobre su conducta. (p.16)

2.1.3 Fundamentación Teórica

2.1.3.1 Estilos de Vida

Según el Dr. Morales Cataluyud, el estilo de vida implica una agrupación de actuaciones que un sujeto específico ejecuta en forma persistente y permanente dentro de su ámbito cotidiano; ello, manifiesta, puede incidir en la manifestación de factores de riesgo o, por el contrario, ayudarle en el fortalecimiento de las condiciones para promover su salud integral. (Vives IAE).

Para Zichella, el estilo de vida es asumido también desde una perspectiva de grupos de patrones de comportamientos que interactúan y están relacionados y que están marcados por condiciones socio-económicas, por lo cual, resulta de gran relevancia para la población (Ocampo, 2010).

La Organización Mundial de la Salud define al estilo de vida como: “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y patrones individuales de conductas determinados por factores socioculturales y características personales”. (OMS, 2010). Por tanto, se podría decir que un estilo de vida implica el grupo de actuaciones en la cotidianidad que es ejercida por los individuos, de los cuales, algunos no procuran beneficios para la salud.

2.1.3.1.1 Estilos de vida en pacientes diabéticos

Sobre el estilo de vida puede inferirse que se erige como uno de los criterios transversales de carácter fundamental en el control y seguimiento de los sujetos con diabetes mellitus tipo 2. Así, la concepción de los dominios que lo integran está

referidos a comportamientos, actitudes y predilecciones vinculadas con tipo de alimentación, realización de ejercicios físicos, ingesta de alcohol, uso indiscriminado de tabaco u otras drogas, información que profundice y sensibilice en cuanto a la salud, recreación, interacción interpersonal, actividad sexual, laboral y en general y los esquemas de consumo. De esta manera, el estar atentos a estos factores puede prevenir las condiciones de la diabetes.

En este contexto, un instrumento, generado en idioma español y concebido para los grupos de población con padecimiento de DM2, es el cuestionario denominado Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID). En tal sentido, ha logrado buena aceptación, por ser considerado el pionero con validez aparente, coherencia y de buena consistencia.

Al respecto, Guattini (2015) manifiesta:

El IMEVID es el primer instrumento de autoadministración, que es fácil de contestar por los encuestados y fácil de calificar para el personal de salud. Puede aplicarse inclusive en la sala de espera para obtener de manera rápida y confiable información útil sobre algunos componentes del estilo de vida que pueden ser de importancia para el curso clínico de esta enfermedad, permitiendo identificar conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por los pacientes. que pueden ser potencialmente modificables mediante consejería específica o integración de los pacientes que lo requieran a grupos de intervención específica. (p.22)

De esta manera, es imperativo destacar que avances cercanos se siguen procurando mediante la aplicabilidad de este instrumento, considerando los dominios propuestos con otras variables tales como complicaciones de salud. Así mismo, este instrumento específico, estandarizado, universal y autoadministrado fortalece las condiciones para el profesional de la medicina, de primera mano, conozca y de seguimiento al estilo de vida en los pacientes con DM2 en forma práctica, pertinente y veraz (Romero Márquez, Díaz Veja, & Romero Zepeda, 2011).

Los principales componentes del estilo de vida en pacientes diabéticos según IMEVID son:

- Alimentación – Hábitos Nutricionales
- Ejercitación física
- Toxicomanías – ingesta de alcohol y consumo de tabaco

- Empoderamiento de información y educación sobre la enfermedad
- Estado de ánimo
- Adherencia al tratamiento

2.1.3.1.2 Alimentación

La alimentación sana es, sin duda, muy importante dentro de las condiciones en la promoción de la salud y evitar padecimientos. La desnutrición, así como la sobrealimentación son factores que incrementan las posibilidades de riesgo de diabetes tipo 2, así como también que la propia enfermedad se ve exacerbada por la incidencia de la malnutrición. De esta manera, la desnutrición y la sobrealimentación se consideran que una va de la mano con la otra y ambas se vuelven de gran impacto sobre todo en la población socioeconómicamente sin mayores recursos. Así que, la reducción de las desigualdades sociales y factores sociales de la diabetes y Enfermedades No Transmisibles asociadas es un elemento fundamental para prevenir y obstaculizar el desarrollo de diabetes y de sus dificultades (FID, 2011).

Por tanto, la modificación de esquemas de consumo que se observan en el país, al igual que en el resto de países, están siendo adoptados en forma muy apresurada debido a la agresiva producción, diseminación y propaganda de los alimentos procesados y ultra-procesados, por parte de las industrias. Estos cambios están produciendo alteraciones en la dieta de la población, en la que cada vez predominan más estos productos que contienen altas cantidades de sal, azúcar y grasas añadidas, además de sustancias artificiales que incrementan las cualidades sensoriales para hacerlos mucho más atractivos.

Por ello, un estilo de vida saludable se erige como un elemento clave en la ecuación para procurar sensaciones vinculadas a sentirse y verse bien, ya que la contribución de la alimentación genere impacto beneficioso en la salud. Es importante reconocer estos productos en la dieta de la población por lo que se vuelve una tarea esencial si se quiere sustentar la necesidad de promover cambios en la dieta hacia una alimentación saludable.

La alimentación en el paciente con diabetes forma parte de la planificación fundamental para el seguimiento de este padecimiento; así, una dieta sana, en

combinación con el sistema farmacológico (antidiabéticos orales y/o insulina dependiendo del tipo de paciente) y mejores comportamientos de vida sanos, eliminación del tabaco o ejecución de actividad física, propician condiciones que ayudan a controlar la glucemia en la sangre previniendo el progreso de las dificultades asociadas a la diabetes. Hay que destacar también las vitaminas, minerales y agua, los cuales pueden comentarse en 3 grupos donde se clasifican los nutrientes, según el Gobierno de Rioja (2016):

Hidratos de carbono: verduras, frutas, hortalizas que deben ser los hidratos que consumamos en más cantidad y diariamente, las legumbres, el pan, pasta, arroz y otros cereales, con un consumo más limitado, y azúcares, bollería, dulces en general que deben evitarse y consumirse de manera muy excepcional; Proteínas: carne, pescado, huevos y Grasas: aceite de oliva, quesos, mantequilla. (p.1)

Por ello es importante lo planteado por Morón y Calderón (1999) cuando expresan:

para en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades relacionadas con la dieta. En la actualidad se planea un nuevo enfoque con el que se persigue elaborar las guías basándolas en los alimentos, en lugar de basarlas en los nutrientes como anteriormente se solía hacer en algunos países. (p.1)

De la misma manera, se han reportado diferentes criterios con el propósito de aumentar el retraso e inclusive prevenir su aparición destacando modificaciones y ajustes en el estilo de vida, medicinas inhibitorias de la absorción de carbohidratos y lípidos, con derivaciones prometedoras. Por tanto, estos ajustes en el estilo de vida, impactan de manera formidable en la prevención de la DM II. De allí su importancia. (Lahsen & Liberman G, , 2003).

Por ello se crean las GABAS en Ecuador con el fin de propiciar la soberanía alimentaria y autosuficiencia en la alimentación sana e integral en sintonía con la idiosincrasia y cultura del país a fin de promover la salud integral de los infantes mayores de dos años en el país, incrementando las posibilidades de prevenir anticipadamente enfermedades relacionadas con la alimentación como las ECNT que ocupan las primeras causas de mortalidad en el país, entre ellas, la diabetes que ocupa el segundo lugar, constituyéndose en una grave consecuencia para el sistema de salud pública con incrementos cada vez superiores tanto en Ecuador como en el resto de los países de América Latina (FAO - GABAS ECUADOR, 2018).

Hábitos Nutricionales

Los mismos se conciben como producto de la agrupación caracterizada de costumbres marcadas por el comportamiento del individuo y su concepción vinculada a los alimentos y la alimentación. En otras palabras, para efectos de este estudio, la forma en la cual come el ecuatoriano y se alimenta diariamente, marcada por la cultura, religión y otros factores.

En este sentido, López (2007), argumenta:

que se debe tener en cuenta que los hábitos alimentarios adquiridos desde la infancia serán decisivos para un buen comportamiento alimentario en la edad adulta y este a su vez puede incurrir en los hábitos de las siguientes generaciones. El mundo occidental se caracteriza por excederse en el consumo de alimentos hipercalóricos, y crear un desequilibrio entre el gasto energético y la energía que consume, la misma que se transformará en grasa acumulada; todo esto ha generado que la obesidad se transforme en una pandemia pues 300 millones de personas ya la padecen. (p.23)

Sin embargo, Vásquez Vásquez & Li Loo kung, (2014), refieren que los hábitos alimentarios, son:

la expresión de la creencia y tradiciones de las personas y están ligadas al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Los factores que condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, psicológico y pragmático; dichos factores evolucionan a lo largo de los años y constituye la respuesta a los nuevos estilos de vida, a los nuevos productos a consumir a las comidas rápidas, etc. y se relacionan muy directamente con el aumento de los recursos y con el contacto entre gente de culturas alimentarias distintas (Vásquez Vásquez & Li Loo kung, 2014).

2.1.3.1.3 Actividad física

La práctica cotidiana de ejercicio físico resulta particularmente importante en la reducción de la obesidad como factor de riesgo de diabetes tipo 2. El realizar ejercicio ayuda a mantener su nivel de glucosa en la sangre dentro de los límites normales y permite la eliminación de las grasas, reduciendo el colesterol. Además, también contribuye a reducir la hipertensión arterial. Por tanto, también tiene un efecto global sobre el riesgo cardiovascular, convirtiéndose en la mejor forma de prevenir las enfermedades cardiovasculares (Merino Merino & Gonzalez Briones, 2011).

Así, la actividad física y su contribución recorre un camino de beneficios más allá de la prevención de enfermedades. En este sentido, cabe destacar lo expresado por educación física virtual (2007) cuando manifiesta:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un estilo de vida activo también mejora el estado de ánimo, estimula la agilidad mental, alivia la depresión y facilita el tratamiento del estrés. A largo plazo, eleva el nivel de autoestima y aumenta la integración e interacción social. Por ello recomienda realizar al menos 3 o 4 veces por semana 45 min/diarios de ejercicio aeróbico de intensidad moderada (caminar, trotar, nadar, etc). (p.1)

De la misma manera, educación física virtual (2007) enumera los beneficios de la siguiente manera:

Nivel Físico: Aumenta la resistencia del organismo, Elimina grasas y previene la obesidad, Previene las enfermedades coronarias, Disminuye la frecuencia cardiaca en reposo y Regula el estreñimiento. **Nivel Psíquico:** Posee efectos tranquilizantes y antidepresivos, Mejora los reflejos y la coordinación, Elimina el estrés, Aporta sensación de bienestar, Previene el insomnio y regula el sueño. **Nivel Socio afectivo:** Enseña a aceptar y asumir derrotas, Favorece y mejora la autoestima, Mejora la imagen corporal y Enseña a asumir responsabilidades y a aceptar normas. (p.1)

Así pues, muchas son las consideraciones positivas que incluyen una mejorada condición física (de carácter cardiorrespiratoria, así como de fuerza muscular), una baja de la grasa acumulada corporal (mejora del Índice de Masa Corporal (IMC)), y menores condiciones de riesgo relacionados a ECNT y así como de trastornos de la percepción de imagen corporal, mejor actitud y bienestar psicológico, mejor salud ósea, e incremento en la tendencia a favorecer mejores hábitos y más saludables.

2.1.3.1.4 Toxicomanías Abandono de alcohol y cigarrillo

El cuerpo no puede ajustar la glucosa en la sangre cuando trata de metabolizar el alcohol. Esto aumenta el riesgo de presentar un bajo nivel de glucosa grave (hipoglicemia). Es decir, el paciente puede estar en riesgo de hipoglucemia durante muchas horas después de dejar de beber. Además, estos líquidos poseen enormes cantidades de produciendo incremento en el peso del sujeto. Otras bebidas alcohólicas consideradas digestivas como la cerveza están constituidas con más

azúcar que el whiskey o que el Vodka, por lo cual inciden en el incremento de niveles de glucemia, confirmados a través de las pruebas para glicemia. Así mismo, síntomas normales de glucosa baja en sangre, relacionados a estremecimientos, sudoración, aceleración y taquicardia, podrían verse ocultos tras los efectos del alcohol.

De esta manera se infiere que el fumar hace más difícil sobrellevar el control de la enfermedad, sin menoscabo del tipo. Así, los que consumen cigarrillos con diabetes incrementan los riesgos más altos relacionados a sufrir dificultades graves como: padecimientos cardiacos y riñones, retinopatía y neuropatía periférica. Así pues, eliminar esta práctica es vital para el aumento de los factores que favorezcan el control y seguimiento de la enfermedad, así como una vida con calidad.

2.1.3.1.5 Información y educación sobre la diabetes

La diabetes mellitus, sin duda, se constituye en una grave problemática para los sectores de la de salud y que desafortunadamente continúa incrementándose, lo cual incide en el aumento de los costes e inversiones en el área en las distintas naciones, lo cual, pueda aligerarse con esquemas de prevención con base a la educación. Así, cuando la patología no consigue el seguimiento propicio trae como consecuencia factores de riesgo a la calidad de vida del sujeto elevándose la discapacidad en la población.

Es así como la información y educación en la persona que padece diabetes se asume como un factor positivo que coadyuva en el seguimiento efectivo de la enfermedad. Es por ello que diversos especialistas, infieren que aun cuando se utilice el mejor tratamiento el mismo tiende a no ser efectivo si la persona no está sensibilizada y participa con frecuencia del control de los niveles de la glicemia. De esta manera se ha demostrado que el empoderamiento de información y sensibilización en diabetes, es una herramienta primordial tanto para la población y su consecuente disminución de los factores de riesgo, así como desde el mismo momento del diagnóstico de la patología.

Por tanto, unos de los más aspectos más significativos del tratamiento los constituye la aprobación de la información, mediante la educación al paciente sobre su enfermedad, lo que involucra poseer información y mejorar sus patrones:

- ✓ Conseguir un seguimiento y control metabólico adecuado

- ✓ Advertir dificultades
- ✓ Modificar actitudes y comportamientos del paciente en relación a su enfermedad
- ✓ Fortalecer las condiciones de calidad de vida
- ✓ Afirmar hábitos de adherencia al tratamiento
- ✓ Alcanzar niveles adecuados en el tratamiento considerando, en conjunto, la relación costo-efectividad, costo beneficio y reducción de costos
- ✓ Promover comportamientos que favorezcan la prevención de la enfermedad en el núcleo familiar

2.1.3.1.6 Manejo de Emociones

El diagnóstico de diabetes tiene de la mano una serie de emociones (ansiedad, estrés, frustración). Por tanto, en personas con padecimiento diabético persisten sentires que traen como consecuencia el incremento más o menos moderado de la cuantía de azúcar en su sangre, lo cual debe prevenirse porque altera su calidad de vida y el control adecuado de su enfermedad. Así mismo, puede sufrir de incrementos de la presión arterial e incluso niveles de hipertensión transitoria o, producto de las misma y frecuente cotidianidad se transforma en permanente, con sus consecuencias para el corazón. Así pues, estos efectos de ninguna manera son convenientes al paciente diabético. Por lo tanto, se debe procurar una vida más tranquila ya que las emociones fuertes pueden que incrementen el azúcar de manera intempestiva, ya que el cuerpo no posee los dispositivos compensatorios normales a fin de que el páncreas libere la cantidad adicional suficiente de insulina para disminuirla.

En contraposición, las emociones vinculadas al relax y la alegría favorecen el mantenimiento de la presión arterial normal y procura el equilibrio del azúcar en la sangre, previniendo dificultades. Por supuesto, en forma indirecta, las emociones también podrían incidir positiva o negativamente en el comportamiento relacionado al autocuidado. En otras palabras, algunas emociones, propician la realización de rutinas propias de los pacientes vinculados a la dieta, actividad física y el seguimiento de su tratamiento. Así pues, se hace fundamental el manejo adecuado de las emociones, en correspondencia a esta en enfermedad ya que las mismas pueden afectar las condiciones que favorezcan o perjudiquen su control. Por consiguiente, importante

velar por la sana alimentación, actividad física y un exhaustivo control del tratamiento ya que representan un factor determinante en el control de la diabetes.

En este sentido, Garay Sevilla, (2005) manifiestan:

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; después de todo ellos tienen una enfermedad que puede acortar su tiempo de vida y puede llevarlos a complicaciones graves; además, se deben enfrentar día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida, por ello es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes. (p.34)

De la misma manera, Garay (2005) pone de manifiesto que:

la depresión y la ansiedad también se han asociado con pobre control metabólico. Un estudio de seguimiento en adultos diabéticos mostró que con un mejor control glucémico los síntomas de depresión y ansiedad disminuían y con mal control los síntomas se incrementaban. Aunque es difícil determinar si el incremento de la sintomatología depresiva causa deterioro del control glucémico o viceversa. Es muy importante tomar en cuenta que el paciente con diabetes es una persona con emociones propias de la enfermedad, puesto que puede afectar su entorno biopsicosocial. (p.1)

2.1.3.1.7 Adherencia al tratamiento

La adherencia y prosecución al tratamiento es un aspecto significativo para el logro de los propósitos del mismo y sus beneficios para el sujeto que padece diabetes mellitus tipo 2, ya que posee una incidencia importante para el seguimiento glucémico y, por supuesto, los indicadores clínicos. Así, el sujeto apegado a la adherencia del tratamiento reporta mejores cifras de HbA1c, disminuyen factores de riesgo en ingreso a centros de salud, menor mortalidad y optimización en la relación costos-salud.

En este sentido, es considerado deficiencias en la praxis de adherencia al tratamiento farmacológico: cuando no se siguen las dosis pertinentes, no se respetan los tiempos intervalos entre las mismas, no se realizan las tomas, o suspensión de medicamentos previo al tiempo establecido. Esta mala praxis en el tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) trae dificultades a mediano y largo plazo en la patología que esta genera. Así, la continua falla en la adherencia terapéutica implica lo que Maidanal, y otros, (2016) manifiestan como: “es un fenómeno multidimensional, determinando por la

interacción de múltiples causas, unas susceptibles de ser modificadas y otras no, que hacen que la predicción de la falta de adherencia a nivel individual sea difícil de realizar” (p.1)

Esto mismo destacan Terechenko Luhers, Baute Geymonat, & Zamonsky Acuña, (2014) al expresar:

Los factores que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, considerado siempre dentro de un entorno y como un subsistema dentro de un sistema, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición. Por tanto, la confianza recíproca generada en la relación médico-paciente, es un factor fundamental, y el que más influye en la adherencia al tratamiento según varios estudios. (p.5)

De esta manera, la adherencia se constituye en una estrategia que permite, según Maidanal, y otros (2016):

que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Las causas de falta de adherencia terapéutica son múltiples, siendo fundamental su conocimiento a la hora de establecer estrategias para mejorar el cumplimiento de los pacientes. El profesional que tiene el conocimiento necesario para colaborar en la correcta utilización del tratamiento farmacológico prescrito por el médico y optimizar la adhesión del paciente es el farmacéutico. (p.7)

Así pues, es imprescindible considerar las siguientes recomendaciones:

- ✓ Valorar la adherencia terapéutica de forma permanente, asumiendo ítems precisos, claros y objetivos.
- ✓ Verificar la exhaustividad cuando se inicia el tratamiento para reportar cualquier circunstancia relacionada a inconvenientes de adherencia
- ✓ Efectuar acciones pertinentes y adaptadas en cada sujeto que padece la enfermedad.

2.1.3.2 Diabetes Mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud (2018): “La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina” (p.1)

Así mismo, se infiere que:

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica. La hiperglucemia se asocia con daños en el largo plazo en órganos como ojos, riñones, corazón y vasos sanguíneos. (p.1)

2.1.3.2.1 Diabetes Mellitus como problema de Salud Pública

Naranjo (2016) manifiesta que:

A nivel mundial, esta patología constituye un problema de Salud en ascenso tanto en Latinoamérica y Cuba, como ha planteado la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA), respaldada por la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Por tanto, el manejo correcto de la diabetes mellitus con criterio preventivo, es una labor continua que requiere el esfuerzo de todo el equipo de salud. (p.3)

Efectivamente, la OMS (2016) infiere que:

en el 2014 la prevalencia global de esta enfermedad fue del 9 % entre los adultos mayores de 18 años; en tanto en el año 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Según proyecciones de la OMS, dicha enfermedad será la séptima causa de mortalidad en el 2030. (p.8)

Por tanto, esta circunstancia refleja inquietud, requiriendo de esfuerzos conjuntos de las naciones puesto que la diabetes mellitus ataca a cualquier sujeto sin distinción de edad, raza, sexo o categorización socioeconómica, por lo cual, pueden inferirse también cambios drásticos y negativos en la calidad de vida de la población, de acuerdo a estas estadísticas.

En este sentido, ENSANUT-ECU (2014) establece que:

En Ecuador, esta enfermedad metabólica afecta a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. (p.1)

Es así como la falta de un seguimiento adecuado en la alimentación en procura de la salud, la falta de ejercicio físico, ingesta excesiva de alcohol y tabaquismo, en su conjunto, estos cuatro aspectos se constituyen en factores serios de riesgo y que se

encuentra implicados, de manera directa, con la diabetes. Por ello, la esfera biopsicosocial del individuo se ve afectada por este padecimiento ya que el mismo logra comprometer su salud y bienestar, dificultando la autoestima y sus relaciones con el entorno cotidiano y familiar.

Es por ello que Naranjo Hernández, (2016) destaca que:

La prevención primaria de la entidad clínica está dirigida a combatir los factores de riesgos modificables, como la obesidad, el sedentarismo, las hiperlipidemias, la hipertensión arterial, el tabaquismo y la nutrición inapropiada; en aras de fomentar un estilo de vida saludable. La prevención secundaria tiene como objetivo lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, para prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Y la prevención terciaria está encaminada a detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas, lo que incluye un control metabólico óptimo para evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social, a fin de impedir la mortalidad temprana (p.1)

2.1.3.2.2. Clasificación de la Diabetes Mellitus

Según el Ministerio de Salud Pública (2017) se establecen 4 grupos: “1.Diabetes tipo , 2. Diabetes tipo 2, 3. Otros tipos de diabetes, Diabetes gestacional”. (p.23)

Esta enfermedad se clasifica en: “1. Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina, Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin” (ob cit, 2017)

2.1.3.2.3. Diabetes Mellitus tipo 2

Al respecto, Deza Tavera (2015) manifiesta que:

la diabetes tipo 2, el tipo más común de diabetes, es una enfermedad que ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre, también llamado azúcar en la sangre, es demasiado alto. En esta patología, la producción de insulina no es suficiente para mantener los niveles normales de glucosa en sangre. Este tipo de diabetes con frecuencia se manifiesta en personas que sobrepasan los 45 años. (p.5)

Así mismo, el Ministerio de Salud Pública (2017), expresa que la diabetes tipo II (DM2) a su vez se clasifica en: “Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina, Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la misma”.(p.23)

En ello influye mucho que, a nivel mundial, el 23% de los adultos no tienen un nivel suficiente de actividad física. Por lo general, las mujeres y las niñas son menos activas que los hombres y los niños, y también mayores en relación con los adultos jóvenes. Es por ello que se infiere que la falta de ejercicio físico se manifiesta como un determinante factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles (ENT) tales como: accidentes cerebrovasculares, diabetes y el cáncer (OMS, 2017).

2.1.3.2.4. Factores de riesgo

- ✓ Al superar los cuarenta (40) años se constituye como factor de riesgo.
- ✓ Tendencia de Sobrepeso y obesidad.
- ✓ Consanguineidad de pacientes a familiares en primer y segundo grado
- ✓ Hipertrigliceridemia > 150 mg/dl.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Intolerancia a la glucosa (pre-diabetes) 8. Perímetro abdominal > 102 cm (90 cm) en hombres y > 88 cm (80 cm.) en mujeres.
- ✓ Falta de actividad física cotidiana.
- ✓ Consumo y abuso de cigarrillos.
- ✓ Diabetes gestacional.
- ✓ Niños macrosómicos.

2.1.3.2.5. Sintomatología

Los síntomas de la diabetes tipo 2 tiene un proceso casi siempre lento, que se produce a lo largo de varios años, y pueden presentarse tan leves que pueden no notarse. Así es que muchas personas pueden no presentar síntomas. Algunas personas, ni siquiera están conscientes que poseen este padecimiento hasta que presentan dificultades de salud vinculados a esta enfermedad, como visión borrosa o enfermedades del corazón.

De esta manera, puede inferirse que la sintomatología distintiva es la presencia de, según Chisaguano y Ushiña (2015): “Poliuria, polidipsia, polifagia. No astenia ni pérdida de peso (no hay catabolismo ni hipoinsulinemia), aunque en fases muy avanzadas puede haber hipoinsulinismo. A veces es un hallazgo casual en un paciente asintomático al hacer un análisis de rutina”. (p.23)

Así mismo, Chisaguano y Ushiña (2015) ponen de manifiesto que:

La diabetes es una enfermedad casi silenciosa su sintomatología suele presentarse tiempo después de haberse iniciado, cuando se produce el inicio de una de las complicaciones crónicas que provoca. Incluso cuando los niveles de glucosa sean muy elevados. (p.24)

Destaca también los citados autores que indicadores pertinentes en el paciente en el diabético se constituyen en:

Aumento de la sensación de sed (polidipsia), Aumento del apetito (polifagia), Mucho aumento en la frecuencia de la orina (poliuria), Contraer frecuentemente padecimientos infecciosos, Aumentar de peso (en la DM2), Disminuir de peso (en la DM1), Cansancio y debilidad, Irritabilidad y cambios en el humor, Sensación de malestar en el estómago, vómitos, Vista borrosa, nublada, Cortes y rasguños que no se curan o tardan demasiado en curarse Picazón o entumecimiento en manos o pies, Infecciones recurrentes en la piel (piel reseca), la encía o la vejiga, Niveles elevados de azúcar en sangre y orina (ob cit, 2015)

2.1.3.2.6. Diagnóstico

Para este padecimiento, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2017):

Glucemia en ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/L), que debe ser confirmada en una segunda prueba. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11,1mmol/L) dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa, (PTOG). Síntomas clínicos de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual a mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen el aumento del apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso. Una hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) mayor o igual a 6,5 %. (p.34)

2.1.3.2.7. Tratamiento

En cuanto al tratamiento, Chisaguano y Ushiña (2015) expresan que:

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca las cifras normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. (p.34)

Por tanto, la buena alimentación, la actividad física, la apropiación de información sobre la enfermedad por parte del paciente, la insulina y los hipoglucemiantes orales se constituirían en aspectos de gran significación en el tratamiento de la DM.

Entre los tratamientos posibles para la diabetes de tipo 2 se encuentra la metformina como primer medicamento de elección, seguido de las sulfonilureas, meglitinidas, tiazolidinadionas, inhibidores de la DPP-4, agonistas del receptor de la GLP-1, Inhibidores de la SGLT2 y como último medicamento tenemos a la insulina, la cual se utiliza como último recurso; pero por su actual ventaja se receta mucho antes, en este medicamento se debe considerar los posibles efectos secundarios puesto que provoca hipoglucemia, razón por la cual se debe recetar cuidadosamente de acuerdo al perfil del paciente.

La Guía de Práctica Clínica, del Ministerio de salud Pública (2017) de la Diabetes Mellitus tipo 2 describe 2 tratamientos esenciales basados en la evidencia científica, los cuales se detallan de la siguiente manera:

Tratamiento No farmacológico:

Este programa enseñará a la población el manejo adecuado de la diabetes durante toda la vida. Así también, sugiere la ejecución de revistas de rastreo a grupos de familias en comunidades que tengan integrantes con este padecimiento crónico para evitar el desarrollo de dificultades propias de esta afección (MSP, 2017).

De la misma manera, el Ministerio de Salud Pública (2017) en su Guía describe las siguientes recomendaciones para el paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2:

- ✓ Delimitar de 500 a 750 kcal/día por un lapso de 3 meses.
- ✓ Categorizar las calorías en carbohidratos de 40 – 60%, grasas de 30 – 45% y proteínas de 15 – 30%.
- ✓ Concebir los tipos de grasa dietaria de acuerdo a los siguientes parámetros: ácidos grasos trans <1%, ácidos grasos saturados 7%, ácidos grasos poli insaturados <10% y ácidos grasos mono insaturados 12 – 20%.
- ✓ Utilizar edulcorantes no calóricos o no nutritivos en una cantidad que no supere el sobre diario.

- ✓ Sensibilizar al paciente sobre los factores de riesgos y beneficios que le evita el consumo de alcohol.
- ✓ Promover en los pacientes eliminar el mal hábito de cigarrillos y sus derivados.
- ✓ Recomendar la realización de un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física, de intensidad moderada de entre un 60 a 70 % de la frecuencia cardíaca máxima, con frecuencia de no menos de tres sesiones e intervalos entre sesiones que no sobrepasen las 48 horas. De esta manera, al no existir contraindicaciones, las personas con DM2 pueden y deben considerar la ejecución de ejercicio de resistencia al menos 2 veces por semana.
- ✓ Importante la disminución del peso en pacientes con DM2 con IMC \geq 35, en quienes realizando otras intervenciones interdisciplinarias, durante al menos 6 meses, no han logrado aun las metas e indicadores reducción de peso deseables.

Entre las medidas preventivas generales de este padecimiento, el Ministerio de Salud Pública 82017) describe las siguientes:

- ✓ Reconocimiento diario de pies examinando permanente espacios interdigitales
- ✓ Realizar lavados diarios de los pies de manera adecuada solo con agua y una pastilla de jabón con ph neutro.
- ✓ No pueden permanecer los pies húmedos por más de 10 minutos.
- ✓ Se debe secar apropiadamente con papel absorbente incluyendo espacios interdigitales.
- ✓ Se debe limar las callosidades y/o durezas en los pies.
- ✓ Se debe aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales.
- ✓ No usar callicidas ni ácidos que puedan provocar quemaduras al paciente.
- ✓ Las uñas deben ser cortadas de manera recta y que las mismas sean limadas.
- ✓ Las medias se consideran pertinentes sin costuras, ni material elástico, evitando que los mismos sean sintéticos y de preferencia en color blanco.
- ✓ Verificar que a lo interno del zapato antes de usar, previniendo cuerpos extraños.

- ✓ Los zapatos deben precisar de piel, tacón bajo, horma ancha y sin costuras, y con broche que no compriman el pie.
- ✓ Las horas de la tarde son la mejores para comprar zapatos ya que es en este momento cuando el pie alcanza el máximo tamaño.
- ✓ Se precisa no caminar descalzo, ni el uso de calefactores o bolsas de agua caliente.

Tratamiento Farmacológico:

Según el Ministerio de Salud Pública (2017) recomienda:

comenzar con dosis bajas de metformina (500mg), llevando titulaciones progresivas hasta una dosis máxima de 2550 mg en controles periódicos, al menos de manera trimestral con el control de HbA1c. Como segundo antidiabético oral recomienda usar una sulfonilurea de segunda o tercera generación. La elección de la sulfonilurea se basa en el mejor perfil de seguridad y que pueda ser empleada en la mayoría de pacientes elegibles (glicazida† o glimepirida†). Se podría utilizar glibenclamida, en pacientes que ya están recibiendo este medicamento, considerando que no se debe emplear en pacientes mayores a 65 años, con alteración renal o falla hepática. (p.13)

De la misma manera se argumenta que “En pacientes en quienes se ha documentado hipoglucemia severa, el endocrinólogo o diabetólogo puede considerar los análogos† de acción prolongada de insulina”. (ob cit, 2017). Por ello, es necesario considerar que el período de tiempo, cantidad(dosis) y demás temas vinculados a la insulino terapia son necesariamente de carácter individual, así, se deben considerar metas posibles, de acuerdo a cada paciente tomando consideración de la posibilidad de desescalamiento.

Así mismo, el Ministerio de Salud Pública (2017) esboza lo siguiente:

Se recomienda iniciar insulina basal cuando los niveles de HbA1c superan el 9 %; cuando, después de haber recibido antidiabéticos orales, no se logran las metas terapéuticas de HbA1c en tres meses a máxima dosis en combinación y cuando el paciente presente evidencia de descompensación aguda. Además, iniciar insulina de acción intermedia (insulina isofánica o NPH), a una dosis subcutánea de inicio de 10 UI/día, o 0.10-0.30 UI/Kg/día, preferiblemente de inicio nocturno. Se debe titular la dosis de manera progresiva hasta llegar a metas terapéuticas, manteniendo controles periódicos. Y utilizar bolos preprandiales de insulina rápida o premezcladas, en dosis a definir por especialista, en

pacientes que, ya recibiendo dosis basal de insulina, no logran los objetivos de HbA1c y/o automonitoreo.(ob cit, 2017)

En este mismo orden, la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado en Pfizer, (2009) 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, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia. (p.12)

Por tanto, se hace imperativo que en este proceso, se de estricto cumplimiento y seguimiento al tratamiento ya que se considera un factor determinante en las condiciones que contrarresten las afecciones de la enfermedad así como su contribución a la calidad de vida del paciente.

2.2. MARCO LEGAL

Constitución Política del Ecuador (2008) Capítulo II Derechos del Buen Vivir

Sección primera. Agua y Alimentación

En este sentido, la Constitución (2008) establece en el Art. 13:

Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria. (p.13)

Es decir, el Estado ecuatoriano asume la responsabilidad de las acciones pertinentes para el ejercicio del derecho de las personas a una alimentación sana y nutritiva, en correspondencia a los parámetros de estilo de vida y su incidencia en la salud integral.

De la misma manera, en su art. 32:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado

garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (p.17)

En este sentido, este artículo se asocia a los propios indicadores que favorecen un estilo de vida que aporta condiciones para la salud del ser humano. Considera la alimentación, la cultura física, la educación, entre otros factores, considerados de relevancia para efectos de la temática tratada en la presente investigación.

En este mismo orden de ideas, se reporta en la Ley Orgánica de salud, en su art. 16, lo siguiente:

El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. (p.6)

Al respecto, enfatiza en la seguridad alimentaria, la eliminación de patrones alimenticios que no favorezcan a la salud y el consumo de alimentos sanos, nutritivos y contextualizados de cada región.

Establece, también en su art. 18 que:

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley. (art. 18)

De la misma forma, en su art. 69, fortalece la premisa en la atención integral, sobre la base la participación entre las autoridades y las personas en la promoción de hábitos adecuados que propicien la salud integral del individuo.

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. (p.13)

Marco Legal Internacional

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025, se describe el marco legal internacional suscrito por la República del Ecuador que permite la generación de un ordenamiento jurídico que ofrece una base para la consecución de políticas y programas que apuntan a la salud integral del ciudadano en correspondencia a la promoción de la salud:

Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986), Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (1981), Carta de Bangkok (2005), Convenio marco de la OMS para el control del tabaco (2003), Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de OMS (2004), Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, de la Organización Panamericana de la Salud (2008), La Declaración de Río de Janeiro Las Américas Libres de Grasas Trans (2008), Acuerdo de Quito para la reducción de ácidos grasos saturados, trans y promoción de grasas insaturadas de configuración cis (2008), Plan de Acción Global de ECNT (2008), Recomendaciones sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños y niñas (2008), Declaración de Helsinki (2013), Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020), Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas (2013-2019), Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014), Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025), Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud (2016) (p.7)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Diabetes tipo 2: Según Reyes (2016): “La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable pero controlable. Existen varios objetivos en el

tratamiento del diabético tipo 2, pero su esencia radica en el control metabólico y la prevención de las complicaciones”. (p.1)

Estilos de vida: Según Bastías (2014) los estilos de vida:

como concepto han sido desarrollados desde hace algunas décadas por la sociología y la psicología; sin embargo, en el ámbito de la salud fue Lalonde quien lo explica dentro de un modelo de salud, compuesto por cuatro elementos: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud. Los estilos de vida consisten en la gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones. (p.1)

Alimentación: De la Cruz (2015), pone de manifiesto que:

Es una actividad fundamental en la vida. Educar sobre la necesidad e importancia de una buena alimentación implica: descubrir y erradicar creencias, mitos y conductas erróneas; promoviendo una mayor consciencia sobre las múltiples funciones o roles que juega o debe jugar la alimentación en las diversas esferas de la vida, la salud, los aprendizajes, la producción, distribución y consumo de alimentos; y el énfasis que la educación debe asumir, sobre todo en la infancia, en el fomento de conceptos, actitudes y conductas claras y fundamentales sobre la alimentación. (p.1)

Hábitos alimentarios:

Torres-Mallma, C. y otros (2016), refiere que:

Los hábitos alimentarios se suelen adquirir tempranamente durante el desarrollo de la persona, influenciados por el aprendizaje de la persona en su contexto familiar, social y cultural. Sin embargo, algunas situaciones estresantes como el ingreso a la universidad generan una serie de cambios desfavorables en los estilos de vida, incluyendo la alimentación. Los hábitos alimentarios adecuados son un aspecto clave para el desarrollo de una vida saludable. (p.1)

De la misma forma, insisten en los siguiente:

Sin embargo, a nivel mundial se observa una alta prevalencia de hábitos alimentarios inadecuados; siendo la prevalencia de consumo de comidas rápidas para el año 2011 de 17% en Europa, 36% en Asia Pacífico y 47% en las Américas. Los hábitos alimentarios inadecuados son un importante factor de

riesgo para el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como obesidad, enfermedad coronaria, cáncer, diabetes, entre otras (2). Actualmente, la prevalencia de estas enfermedades está aumentando de manera alarmante a nivel mundial, de manera que anualmente las ENT causan 30 millones de muertes, 75% de las cuales se producen en países de ingresos bajos y medios. (op cit)

Actividad Física: La OMS (2017) define la Actividad física como

...cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, caminar, subir gradas, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La actividad física no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (p.1)

Toxicomanías:

Wolters kluwer (2016) asume que la Toxicomanía es

...un estado de intoxicación crónica o periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética. Sus principales características son: a) Un deseo invencible o una necesidad de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio, b) Una tendencia al aumento de la dosis, c) Una dependencia de tipo psíquico, y generalmente, físico, y d) Efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad. (p.1)

Adherencia al tratamiento: la OMS (2017) según fedhemo (2018), define la adherencia al tratamiento como

...el cumplimiento del mismo, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito. Pero además se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado. Según la Organización Mundial de la Salud, los porcentajes de falta de adherencia de cualquier tratamiento farmacológico varían entre 15% y 93%, con un porcentaje promedio calculado en 50%. Las consecuencias de la falta de adherencia se pueden resumir en un empeoramiento de la calidad de vida del paciente, una falta de control de la enfermedad, una mayor probabilidad de recaídas y agravamientos, la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones e incluso aumentar la morbilidad. (p.1)

De la misma manera, el citado autor manifiesta:

Pero es que, además, puede suponer una falta de racionalización en el gasto farmacéutico y sanitario y desde un punto de vista médico puede suceder que los tratamientos lleguen a ser ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer una mayor agresividad de una determinada enfermedad. (p.1)

Ello, sin duda, reviste gran significación al considerar aspectos que pueden incidir en facilitar condiciones que afecten a la salud.

2.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1 Hipótesis general

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque del cantón Babahoyo presentan un estilo de vida desfavorable lo que genera la aparición de complicaciones.

2.3.2 Hipótesis particulares

- La edad mayor a 50 años y trayecto de la enfermedad menor a 10 años incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones en los pacientes de la muestra.
- El estilo de vida favorable en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se presenta con mayor frecuencia en la dimensión de actividad física.
- El pie diabético es la complicación más frecuente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

2.3.3 Declaración de variables

Variable Independiente: Estilos de vida

Variable dependiente: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

2.3.4 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala/rango
Variable Independiente Estilos de Vida	Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana que unas veces son saludables y o que lo colocan en situación de riesgo	Hábitos Alimentarios	Frecuencia de consumo de verduras	Todos los días de la semana Algunos días Nunca
			Frecuencia de consumo de frutas	0 a 1 2 +3
			Frecuencia de consumo de pan	0 a 3 4 a 6 7 o +
			Número de tortilla que consume al día	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
			Frecuencia con que agrega azúcar a la dieta	Casi nunca Algunas veces Casi siempre
			Frecuencia de consumo de sal en la dieta	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
			Frecuencia de consumo de gaseosa entre comidas	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
			Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
			Frecuencia en el aumento de comida después de terminar de comer	Casi nunca Algunas veces Casi siempre

		Casi nunca
Actividad Física	Frecuencia de hacer 15 minutos ejercicios	Casi siempre Algunas veces Casi nunca
	Frecuencia de mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales	
	Tipo de actividad en tiempo libre	Salir de casa Trabajos en casa Ver televisión
Toxicomanías	Frecuencia de fumar cigarrillo	No fumo Algunas veces Fumo diario
	Número diario de cigarrillo	Ninguno 1 a 5 6 o más
		Nunca Rara vez 1 vez o más Ninguna
	Frecuencia de beber alcohol	1 a 2 3 o más 4 o más 1 a 3 Ninguna
	Número de bebidas alcohólicas	Casi siempre Algunas veces Casi nunca
Información	Número pláticas para personas con diabetes	Casi nunca Algunas veces Casi siempre
	Frecuencia en que trata de tener información sobre la diabetes	Casi nunca Algunas veces Casi siempre
		Casi nunca Algunas veces Casi siempre

		Estado Emocional	Frecuencia de enojarse con facilidad	Casi siempre Algunas veces Casi nunca
			Frecuencia de estado de ánimo triste	
			Frecuencia de pensamientos pesimistas	
			Frecuencia del control de diabetes	
		Apego al Tratamiento		Casi siempre Algunas veces Casi nunca
			Frecuencia de seguir dieta para diabéticos	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente
			Frecuencia con que olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina	Casi siempre Algunas veces Casi nunca
			Frecuencia de seguir instrucciones médicas	
Variable Dependiente	Es una enfermedad que crónica que dura toda la vida en la cual hay un alto nivel de azúcar (glucosa) en la sangre.	Características sociodemográficas	Edad	30-39 40-49 50-59 >60
Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II			Sexo	Masculino Femenino

	Nivel de Escolaridad	
	Ocupación	No sabe leer ni escribir Primaria Secundaria
Condición de salud	Tiempo de evolución	Trabajo de oficina Trabajo de campo Quehaceres Domésticos
	Complicaciones	5-9 años 10-14 años Retinopatía Neuropatía Pie diabético Ninguna

Elaborado por: Lcdo. Luis Orozco Villaruel

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Tipo de Investigación:

La investigación tiene un enfoque **cuantitativo** porque permitió medir los datos de manera numérica tomada de la muestra de estudio, los cuales fueron analizados estadísticamente facilitando la comparación entre estudios similares. Según Tamayo (2007) “el diseño cuantitativo consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio” (p.34).

No experimental: porque se realizó esta investigación sin manipular las variables de estudios como los estilos de vida en pacientes con la citada enfermedad. Según Hernández y otros (2003) “el diseño de investigación no experimental se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”.(p.48)

Corte Transversal porque se recolectaron datos en un tiempo determinado sin intervenir en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque en donde se encuentran los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, por lo cual no habrá manipulación de variables. Según Hernández y otros (2003):

El diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante se recolectan los datos, entre éste el diseño transversal en el cual se colectan los datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado (p.34)

Según su Objetivo:

Descriptiva: Porque a través de la recolección de datos se describe el comportamiento de cada una de las variables relacionadas en la investigación, en este caso los estilos de vida de los pacientes con el padecimiento estudiado que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Según (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Bautista Lucio, 2003) *“el tipo de investigación descriptiva busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”*.

Según su Contexto:

De campo: ya que se circunscribe a una institución objeto de estudio como lo es en el centro de salud Enrique Ponce Luque del cantón Babahoyo, para la obtención de datos que respondan a su realidad, para promover criterios que permitan contribuir a la solución en la presente investigación. Según (Festinger & Katz, 1992) *“la más importante diferencia reside en que en la investigación de campo se trata de estudiar una única comunidad o a un único grupo en términos de estructura social”*.(p.12)

Documental: debido a que está basada en la revisión documental, así como la fundamentación legal y aspectos vinculados a teóricos especializados y a la Organización Mundial de la salud OMS, lo cual, sugiere un esfuerzo significativo para ofrecer sustento y apego a la rigurosidad científica al marco teórico del estudio y la visión a desarrollar en toda la investigación.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población de este estudio se constituyó por 108 pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque los cuales tienen características socio culturales, la edad de la población está caracterizada entre los 30 y 65 años, generalmente es masculina, con un nivel de escolaridad Primario y con una ocupación de trabajo de campo.

3.2.2 Delimitación de la población

Para la presente investigación la población estuvo conformada por 108 pacientes con la enfermedad que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque del cantón

Babahoyo, de estos 85 de pacientes cumplieron con las características de esta investigación con criterios de inclusión.

3.2.3 Tipo de muestra

Se consideró para la investigación una muestra no probabilística intencional por conveniencia, donde de la totalidad de la población se seleccionaron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Esta muestra estuvo compuesta tanto por hombres como por mujeres que presentaron diabetes mellitus tipo 2.

3.2.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de la población fue de 108 pacientes, considerando un nivel de confianza alrededor del 95% y asumiendo un margen de error del 5%, obteniendo la cuantía de 85 pacientes para efectos de la muestra, los cuales, se encuentran con las características mencionadas.

3.2.5 Proceso de selección

Se consideró el total de la muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo II de participación voluntaria que cumplieron los criterios de inclusión y se realizó el análisis correspondiente de los patrones de su vida que incidan en la enfermedad.

Criterios de inclusión y exclusión del estudio

Criterios inclusión

- ✓ Sujetos con sexo masculino y femenino.
- ✓ Sujetos entre 30 y mayores de 60 años.
- ✓ Sujetos con voluntad propia de participar.
- ✓ Sujetos con padecimiento de diabetes mayor a 5 años de evolución

Criterios exclusión

- ✓ Sujetos menores de 30 años.
- ✓ Sujetos que no desean participar
- ✓ Sujetos con trayecto de enfermedad con menos de 5 años.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

3.3.1.1 Analítico -sintético: porque se llegó se persigue la verificación y acercarse a la realidad del fenómeno objeto de estudio, a fin de interpretar y comprender los componentes que interactúan, producto del análisis de forma lógica.

3.3.1.2 Inductivo – Deductivo: Permitió razonar la temática investigativa con el objetivo de involucrar desde lo particular a lo general de la problemática, donde se aplicará la observación directa.

3.3.1.3 Hipotético-deductivo: de esta manera se consideró hipótesis que se plateó con base a los objetivos, permitiendo la configuración de conclusiones y predicciones empíricas, que se sometieron a verificación.

3.3.2 Métodos empíricos

Los mismos están sujetos a un conjunto de procedimientos operativos sobre el fenómeno objeto de estudio, que propician la revelación y caracterización de los puntos temáticos vinculados y la interacción de este, susceptibles de contemplación sensorial, sustentada en la experiencia. De la misma manera, se trabajó con hipótesis que pudieron verificarse mediante la **Observación**, conociéndose entonces la realidad del fenómeno desde una perspectiva investigativa mediante la sensopercepción directa.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

3.3.3.1 Técnicas

Se utilizó la encuesta, titulada “Estilos de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, la cual fue dirigida a los pacientes con este padecimiento del centro de salud Enrique Ponce Luque del cantón Babahoyo, a través de la cual se obtuvo información, utilizando preguntas estandarizadas.

3.3.3.2 Instrumentos

En el presente estudio se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos los cuales se detallan a continuación:

- ✓ **Sección de datos socio demográficos y de salud:** fue utilizada para caracterizar a los pacientes en estudio; constituida 3 dimensiones: características sociodemográficas con 4 indicadores (edad, género, nivel de escolaridad y ocupación); condición de salud con 1 indicador (complicaciones de la enfermedad) y trayectoria de la enfermedad con 1 indicador (número de años de padecer la enfermedad). (ANEXO 1)
- ✓ **Sección sobre el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID),** en este sentido, la misma está constituida por 25 reactivos, con preguntas dicotómicas de alternativas en formato tipo Likert, considerando una escala 0 a 100 puntos, mediante tres opciones para responder (4,2 y 0). Los resultados generan una puntuación, las cuales, permiten orientar el análisis: < 60 corresponde a un estilo de vida desfavorable; de entre 60 y 80 a un estilo de vida poco favorable, y más de 80 puntos a un estilo de vida favorable. Los reactivos pueden ser agrupados en seis dimensiones: (ANEXO 2)
 - **Hábitos Nutricionales** (preguntas del uno al nueve y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo de 36).
 - **Actividad física** (preguntas del diez a doce y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo de 12).
 - **Toxicomanías** (del trece al dieciséis y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo de 16).
 - **Información y educación** (preguntas del diecisiete al dieciocho y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo de 8).
 - **Estado Emocional** (preguntas del diecinueve al veintiuno y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo de 12).
 - **Adherencia al tratamiento** (preguntas de veintidós al veinticinco y opción de respuesta de cada una 4, 2 y 0 con indicador máximo máxima de 16)

El IMEVID evalúa aspectos de hábitos nutricionales, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, información sobre la enfermedad, aspectos emocionales y adherencia al tratamiento.

El instrumento se aplicó cuando se realizó la medicación oral en la sala de espera del Centro de Materno Infantil Enrique Ponce Luque si bien fue auto administrado, a fin de procurar condiciones de comprensión, rapidez en las preguntas y el marcado de opciones el investigador realizó esfuerzos con el grupo consultado con apoyo técnico. Así mismo, la data corresponde al siguiente período del año 2019: julio, agosto y septiembre.

3.3.3.3 Validación de Instrumentos

Cabe destacar que el cuestionario utilizado en la presente investigación fue utilizado en diferentes investigaciones vinculados a la temática tratada relacionada con pacientes diabéticos, desarrollado y validado, de manera inicial por (Romero Márquez, Díaz Veja, & Romero Zepeda, 2011).

Así mismo, el cuestionario fue generado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de carácter autoadministrado para sujetos con padecimientos ambulatorios de la enfermedad, pudiendo consultarse en el siguiente enlace: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>.

El mismo, fue adaptado a la circunscripción geográfica respectiva y contexto sociocultural de la muestra objeto de estudio, al realizar una ficha de caracterización del sujeto.

3.4 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos de las encuestas realizadas, se procedió a ingresarlos en una base de datos estadística con el programa Microsoft Excel. Posteriormente se utilizó el programa estadístico SPSS 21, para elaborar tablas de frecuencia y determinar los porcentajes de los estilos de vida con sus respectivos gráficos y porcentajes.

3.5.1 Presentación de datos

- Tablas
- Gráficos
- Líneas de tendencia

3.5.2 Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizaron hojas de cálculo en el programa Excel y en la variable del estudio para determinar su asociación o independencia se utilizó Chi², a un nivel de confianza del 95%.

3.5 Consideraciones Éticas

Para permitir la participación de los pacientes en la investigación se solicitó permiso al Director Distrital del Ministerio de Salud 12D01, del cantón Babahoyo para ingresar al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque para la ejecución de las encuestas en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

Los pacientes luego de haber sido informados y haber entendido la información recibida a cerca del propósito, beneficios, confidencialidad de los datos; tomaron voluntariamente la decisión de participar en la investigación, firmando el correspondiente formulario de consentimiento informado.

Cabe indicar que durante el desarrollo de la investigación se respetaron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, así como las Normas CIOMS.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.6 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El siguiente Capítulo, presenta a continuación los resultados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos entre los sujetos pertenecientes a la muestra de la población objeto de estudio:

Resultados del Instrumento de datos socio demográficos y de salud

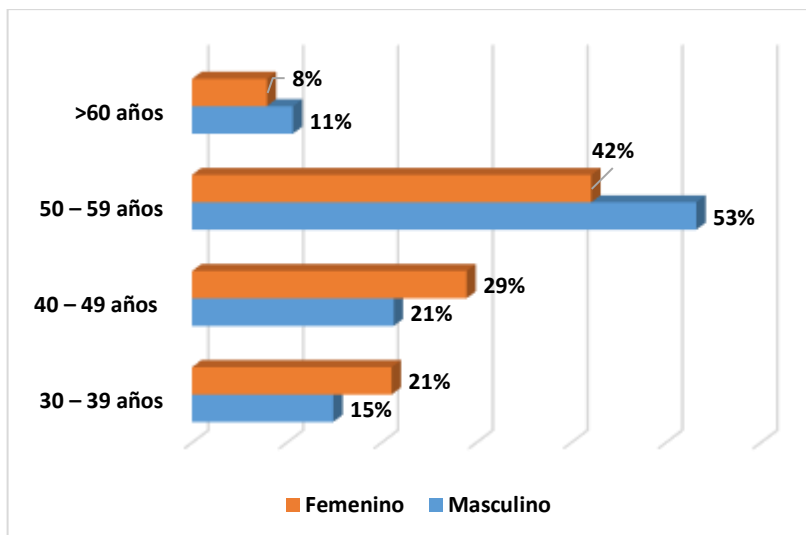
Tabla 1 Edad y Sexo de la población en estudio.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%		
30 – 39 años	7	15%	8	21%	15	18%
40 – 49 años	10	21%	11	29%	21	25%
50 – 59 años	25	53%	16	42%	41	48%
>60 años	5	11%	3	8%	8	9%
Total	47	100%	38	100%	85	100%

Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 1 Edad y Sexo de la población en estudio



Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

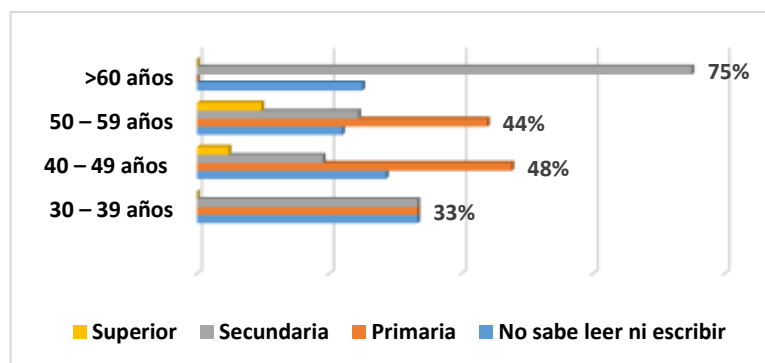
De acuerdo a los resultados obtenidos del Instrumento de datos socio demográficos y de salud, respecto a la edad de los pacientes con la enfermedad se obtuvo que, el 48% de los pacientes mostraron una edad comprendida entre los 50 – 59 años siendo esta la mayor representación y el 9% presentaron edades mayores a 60 años. En cuanto al sexo el 53% fue masculino y el 42% femenino, evidenciándose que el sexo masculino tuvo la mayor presentación en los pacientes de la muestra.

Tabla 2 Edad y Nivel de escolaridad de los pacientes de la muestra.

Nivel de Escolaridad	Edad								Total	
	30 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		>60 años			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
No sabe leer ni escribir	5	33%	6	29%	9	22%	2	25%	22	26%
Primaria	5	33%	10	48%	18	44%	0	0%	33	39%
Secundaria	5	33%	4	19%	10	24%	6	75%	25	29%
Superior	0	0%	1	5%	4	10%	0	0%	5	6%
Total	15	100%	21	100%	41	100%	8	100%	85	100%

Fuente: Encuesta de datos socios demográficos aplicada en pacientes con diabetes tipo II
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 2 Edad y Nivel de escolaridad de los pacientes de la muestra



Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Del total de 85 pacientes se observó que el grupo de pacientes con edad >60 años presentó un nivel de escolaridad secundaria con un 75%, el grupo de 50 a 59 años presentó un nivel de escolaridad primario al igual que el grupo de 40 a 49 años con 44% y 48% respectivamente, en comparación del grupo de 30 a 39 años que presentó un nivel de estudio similar entre no sabe leer ni escribir, primario y secundario con 33% respectivamente. Por tanto, esta investigación demuestra que los pacientes tienen un nivel de bajo de estudio superior, razón por la cual este grupo de pacientes tienen una mayor predisposición a complicaciones por esta enfermedad.

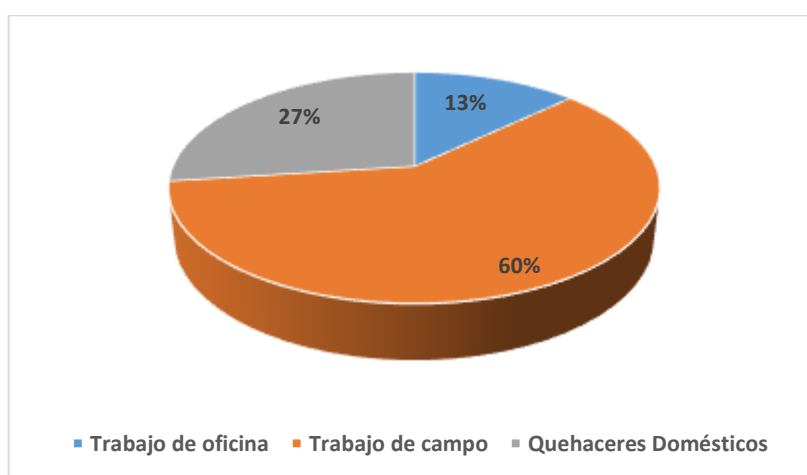
Tabla 3 Ocupación de la muestra de estudio

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Trabajo de oficina	11	13%
Trabajo de campo	51	60%
Quehaceres Domésticos	23	27%
Total	85	100%

Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 3 Ocupación de la muestra de estudio



Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

De un total de 85 pacientes con se observó que el 60% de ellos trabajaban en el campo, mientras que el 27% se dedicaban a los quehaceres domésticos y el 13% de ellos trabajan en oficina. Por lo tanto, esta investigación demuestra que el trabajo de campo es la ocupación más frecuente en los pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque.

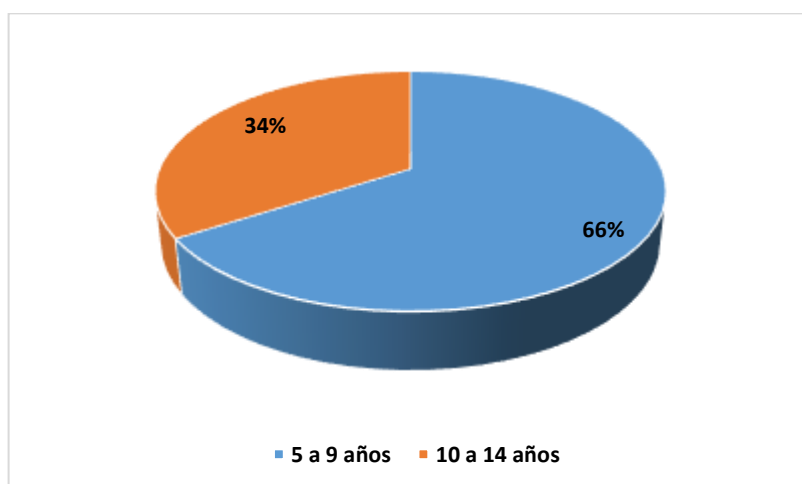
Tabla 4 Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes de la muestra

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	FRECUENCIA	%
5 a 9 años	56	66%
10 a 14 años	29	34%
Total	85	100%

Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 4 Tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes de la muestra



Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

De los resultados obtenidos en la guía de entrevista se observó que el 66% de los pacientes presentaron un tiempo de evolución de la enfermedad entre 5 a 9 años y el 34% un tiempo entre 10 a 14 años. Por lo tanto, se concluye que más de la mitad de los pacientes presentaron una trayectoria de entre 5 a 9 años.

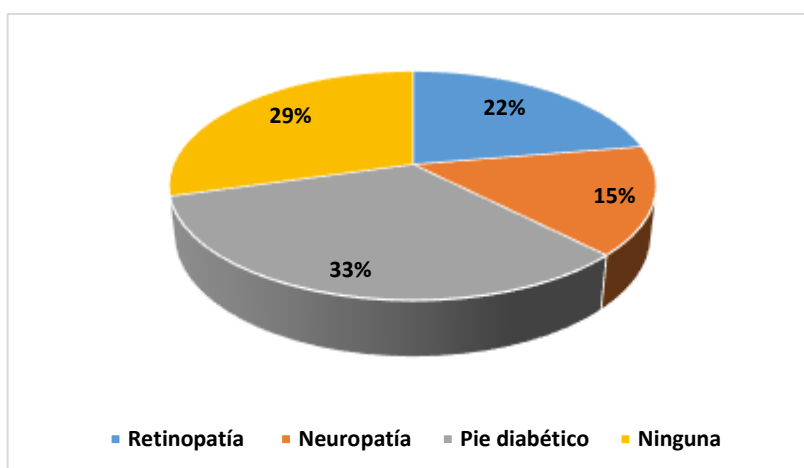
Tabla 5 Tipo de complicaciones en los pacientes de la muestra

TIPO COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
Retinopatía	19	22%
Neuropatía	13	15%
Pie diabético	28	33%
Ninguna	25	29%
Total	85	100%

Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 5 Tipo de complicaciones en los pacientes de la muestra



Fuente: Instrumento de datos socio demográficos y de salud aplicado en pacientes con diabetes tipo II

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Del total de 85 pacientes se observó que, el 33% de ellos presentaron una complicación como el pie diabético, 29% no tuvieron complicaciones, el 15% presentaron neuropatías y el 22% presentaron retinopatías. Por lo tanto, esta investigación demuestra que la complicación más frecuente en estos pacientes fue el pie diabético.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

A continuación, se presentan los resultados producto del trabajo de campo en la aplicación del cuestionario a los sujetos pertenecientes a la muestra de la población objeto de estudio, en correspondencia a las variables consideradas de la siguiente manera:

Estilos de Vida en Pacientes con Diabetes Tipo II

I. Hábitos Nutricionales

Pregunta: ¿Con qué frecuencia come verduras?

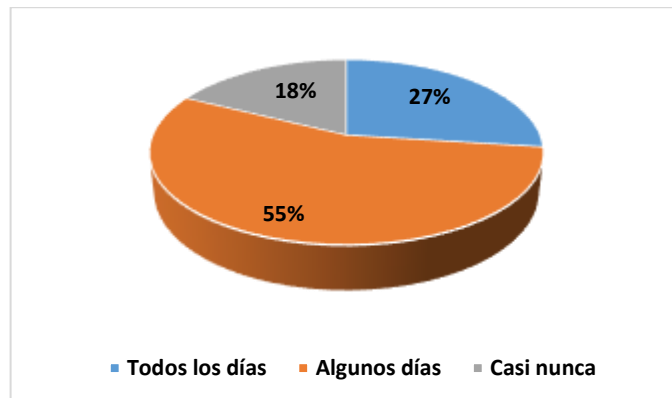
Tabla 6 Frecuencia del consumo de verduras

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Todos los días	23	27%
Algunos días	47	55%
Casi nunca	15	18%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 6 Frecuencia del consumo de verduras



Fuente: Escala IMEVID

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los resultados obtenidos se observó que del total de 85 pacientes encuestados, el 55% consumen verduras algunos días, mientras que el 27% lo hacen con una frecuencia de todos los días y el 18% casi nunca. Por lo tanto, se demuestra un

predominio en que más de la mitad de los pacientes con la enfermedad consumen verduras algunos días.

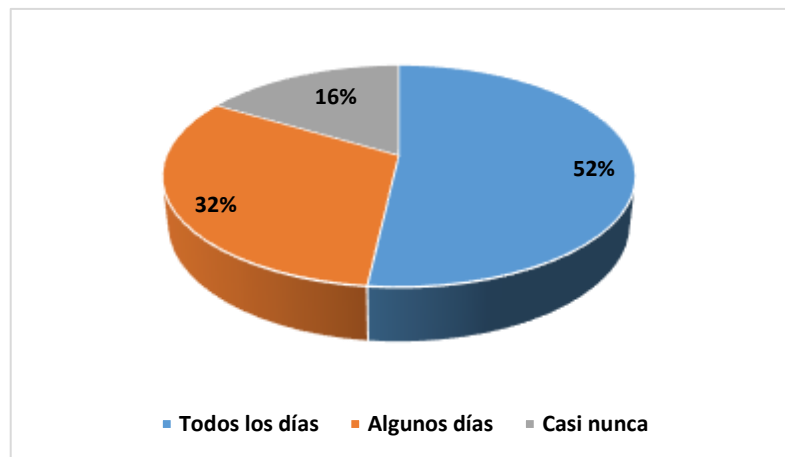
Pregunta: ¿Con qué frecuencia come frutas?

Tabla 7 Frecuencia de consumo de frutas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Todos los días	44	52%
Algunos días	27	32%
Casi nunca	14	16%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 7 Frecuencia de consumo de frutas



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

De acuerdo a los resultados se observó que el 52% de los pacientes consumen frutas con una frecuencia de todos los días, mientras que el 32% consumen algunos días y el 16% casi nunca. Por lo cual se concluye que, la gran mayoría de los pacientes consumen frutas todos los días teniendo patrones saludables con la ingesta de este grupo de alimentos.

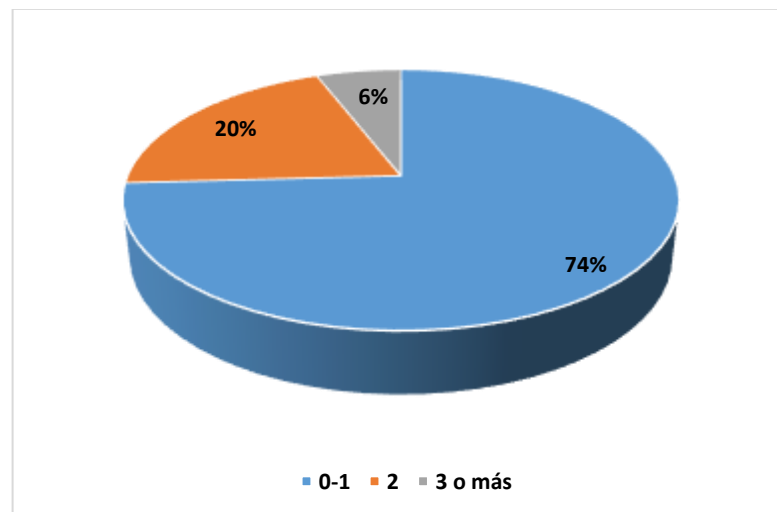
Pregunta: ¿Cuántas piezas de pan come al día?

Tabla 8 Frecuencia diaria de consumo de pan

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
0-1	63	74%
2	17	20%
3 o más	5	6%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 8 Frecuencia diaria de consumo de pan



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los datos se observa que el 74% de los pacientes consumen 1 pieza de pan al día, mientras que el 20% de ellos consumen 2 piezas de pan y el 6% consumen 3 o más piezas de pan al día. Por lo cual se concluye que más de la mitad de los pacientes consumen 1 pieza de pan al día, lo cual demuestra que este grupo de pacientes tienen un nivel de información y datos adecuado en cuanto a la ingesta de harinas puesto que puede incrementar el nivel de azúcar en la sangre.

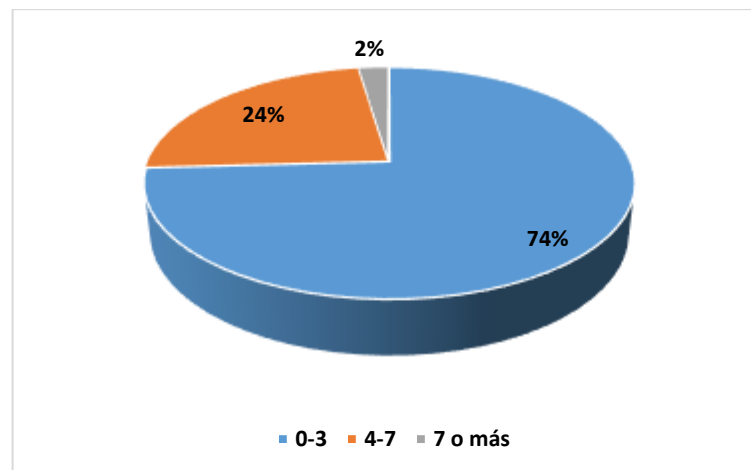
Pregunta: ¿Cuántas tortillas come al día?

Tabla 9 Número de tortilla que consume al día

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
0-3	63	74%
4-7	20	24%
7 o más	2	2%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 9 Número de tortilla que consume al día



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Los resultados muestran que el 74% de los encuestados consumen hasta 3 tortillas al día, mientras que el 24% de ellos consumen de 4 a 7 tortillas al día y el 2% consumen 7 o más tortillas. Por lo cual se concluye que la gran mayoría consumen hasta 3 tortillas al día, lo que demuestra que estos pacientes se restringen en el consumo excesivo de harinas.

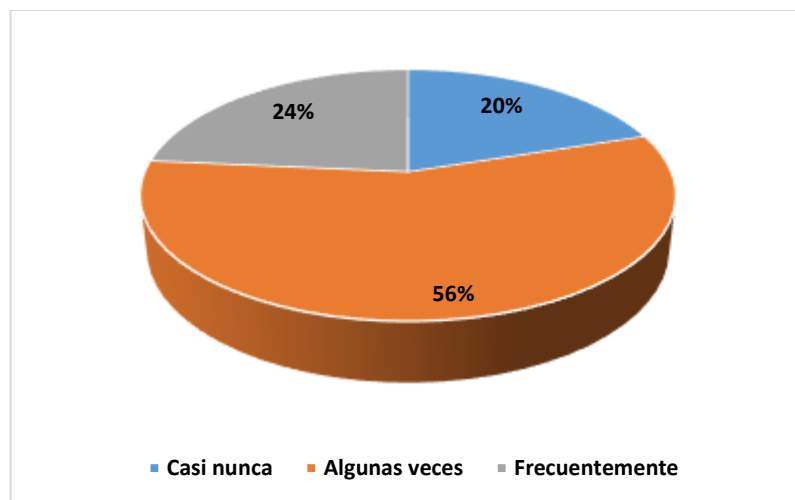
Pregunta: ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?

Tabla 10 Frecuencia con que agrega azúcar a la dieta

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	17	20%
Algunas veces	48	56%
Frecuentemente	20	24%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 10 Frecuencia con que agrega azúcar a la dieta



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los datos obtenidos, el 56% algunas veces agregan azúcar a sus alimentos y bebidas, mientras que el 24% de ellos lo hacen frecuentemente y el 20% casi nunca lo hacen. Por lo cual se concluye que la gran mayoría de encuestados algunas veces agregan azúcar a sus alimentos y bebidas, esto es debido a que muchos diabéticos cocinan para sus familiares y en muchas ocasiones no les gusta la bebida simple generando conductas alimentarias poco saludables.

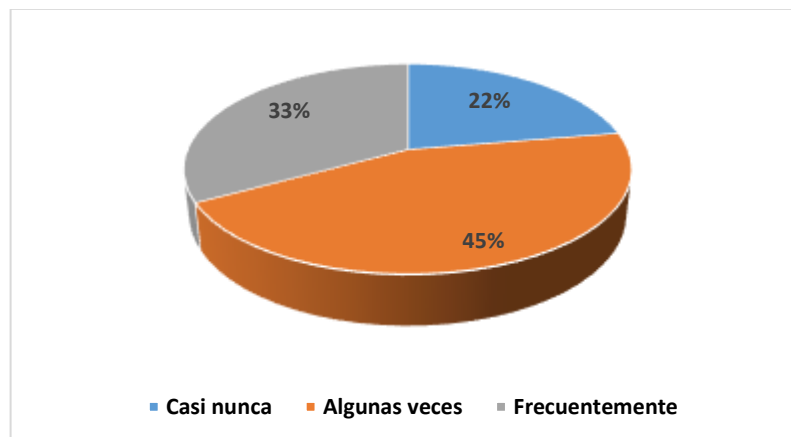
Pregunta: ¿Agrega sal a los alimentos cuando está comiendo?

Tabla 11 Frecuencia de consumo de sal en la dieta

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	19	22%
Algunas veces	38	45%
Frecuentemente	28	33%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 11 Frecuencia de consumo de sal en la dieta



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 45% algunas veces agregan sal a sus alimentos, el 33% lo hacen frecuentemente y el 22% casi nunca lo hacen. Por lo cual se concluye que casi la mitad de los pacientes encuestados algunas veces si lo hacen en sus alimentos cuando están comiendo esto puede desencadenar enfermedades como la hipertensión arterial que afecta en la condición de salud del paciente.

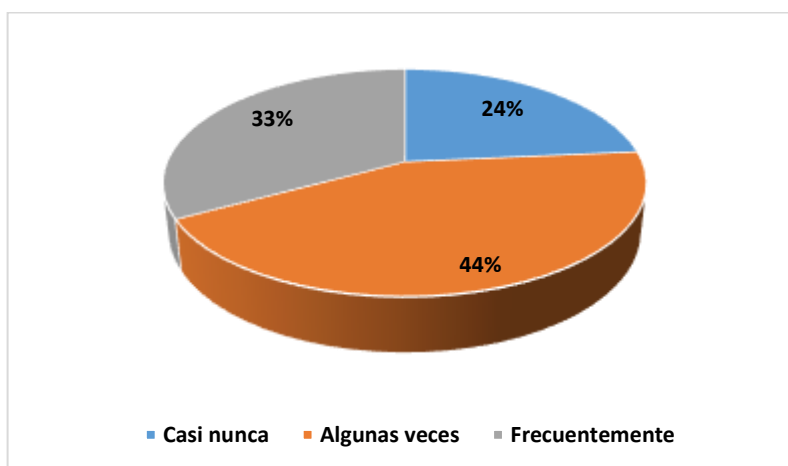
Pregunta: ¿Consume gaseosa en las comidas?

Tabla 12 Frecuencia de consumo de gaseosa entre comidas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	20	24%
Algunas veces	37	44%
Frecuentemente	28	33%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 12 Frecuencia de consumo de gaseosa entre comidas



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Los resultados muestran que el 44% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 algunas veces consumen gaseosas entre comidas, mientras que el 33% de ellos lo hacen frecuentemente y el 24% de estos pacientes casi nunca lo hacen. Por lo cual se concluye que gran parte de los pacientes encuestados algunas veces consumen gaseosas entre comidas, esto conlleva a un incremento de azúcar en su dieta creando un estilo de vida poco saludable.

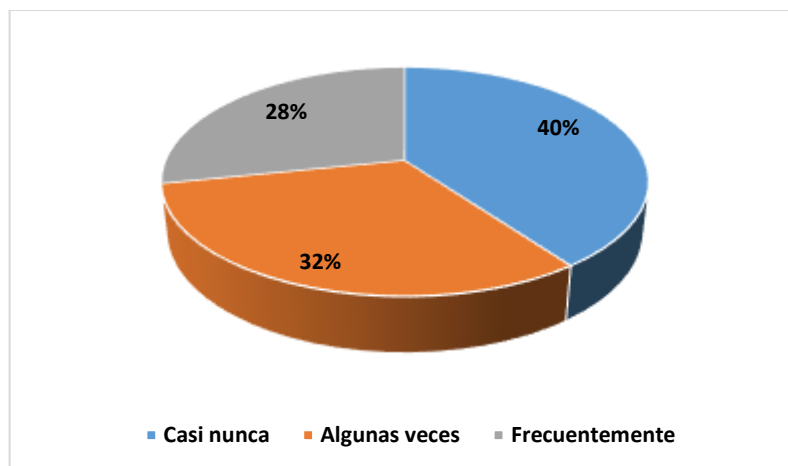
Pregunta: ¿Come alimentos fuera de casa?

Tabla 13 Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	34	40%
Algunas veces	27	32%
Frecuentemente	24	28%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 13 Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los datos se observó que el 40% casi nunca consumen alimentos fuera de casa, mientras que el 32% de ellos consumen algunas veces y el 28% de estos frecuentemente consumen alimentos fuera de casa. Por lo cual se observa que la mayoría de los pacientes encuestados casi nunca consumen alimentos fuera de casa, debido a que no conocen como preparan los alimentos fuera de sus viviendas y esto podría generar la aparición de otras patologías.

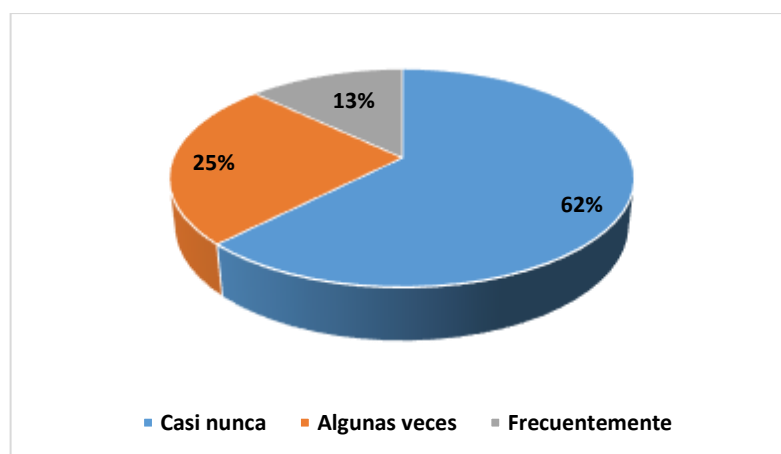
Pregunta: ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más?

Tabla 14 Frecuencia en el aumento de comida después de terminar de comer

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	53	62%
Algunas veces	21	25%
Frecuentemente	11	13%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 14 Frecuencia en el aumento de comida después de terminar de comer



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Los resultados demuestran que el 62% casi nunca piden que les sirvan más comida después de terminar de comer, el 25% de ellos algunas veces piden más comida y el 13% de estos frecuentemente piden más comida. Por lo cual se concluye que más de la mitad de los pacientes encuestados casi nunca piden que les sirvan más comida debido a que se sienten satisfecho con la cantidad servida inicialmente.

I. Actividad Física

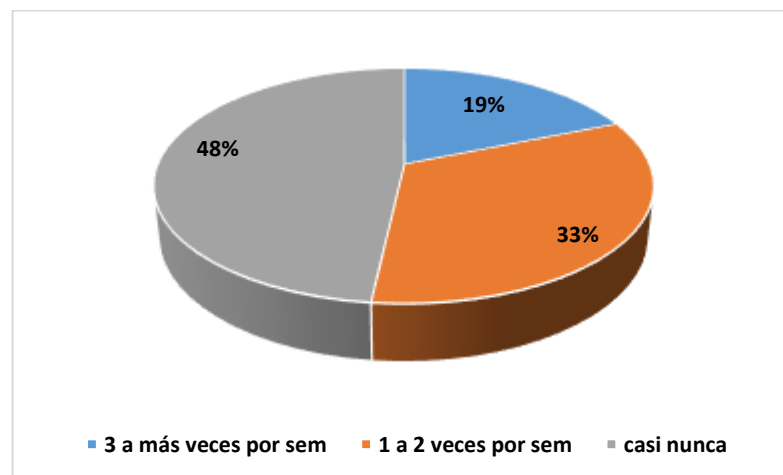
Pregunta: ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?

Tabla 15 Frecuencia de hacer 15 minutos ejercicios

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
3 a más veces por semana	16	19%
1 a 2 veces por semana	28	33%
Casi nunca	41	48%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 15 Frecuencia de hacer 15 minutos ejercicios



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Los datos muestran que de un total de 85 pacientes, el 48% casi nunca realizan 15 minutos de ejercicios, el 33% de ellos realizan 15 minutos de ejercicios de 1 a 2 veces por semanas y el 19% hacen ejercicios de 3 a más veces por semana. Por lo cual se concluye que la mayoría casi nunca hacen 15 minutos de ejercicios.

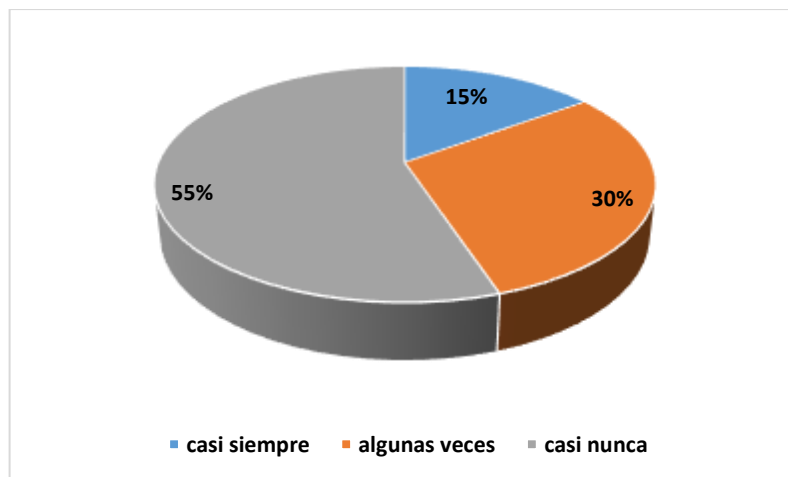
Pregunta: ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?

Tabla 16 Frecuencia de mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi siempre	13	15%
Algunas veces	25	30%
Casi nunca	47	55%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 16 Frecuencia de mantenerse ocupado fuera de sus actividades habituales



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los datos se observó que el 55% de los pacientes de la muestra casi nunca se mantienen ocupados, mientras que el 30% de ellos algunas veces se encuentran ocupados y el 15% de estos casi siempre están ocupados. Así, la mayoría casi nunca se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales.

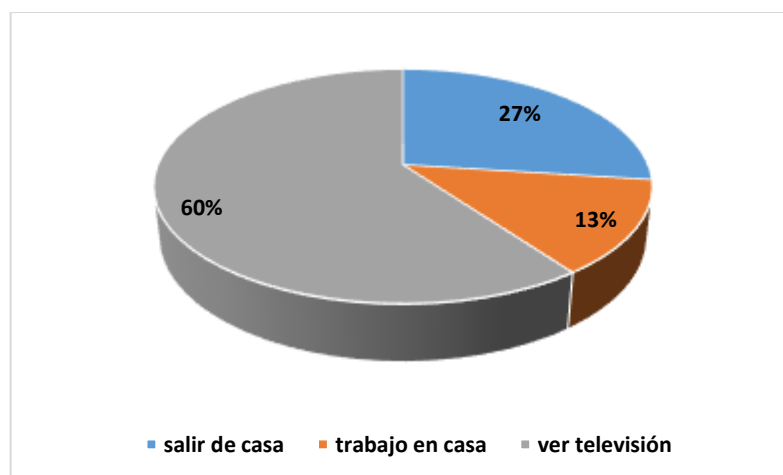
Pregunta: ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?

Tabla 17 Tipo de actividad en tiempo libre.

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Salir de casa	23	27%
Trabajo en casa	11	13%
Ver televisión	51	60%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 17 Tipo de actividad en tiempo libre.



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Los datos muestran que el 60% de la población encuestada observa televisión en su tiempo libre, el 27% sale de casa y el 13% trabaja en casa. Por lo cual se evidencia que más de la mitad observan televisión en su tiempo libre, puesto que pasan en sus hogares y utilizan este medio como entretenimiento.

I. Toxicomanías

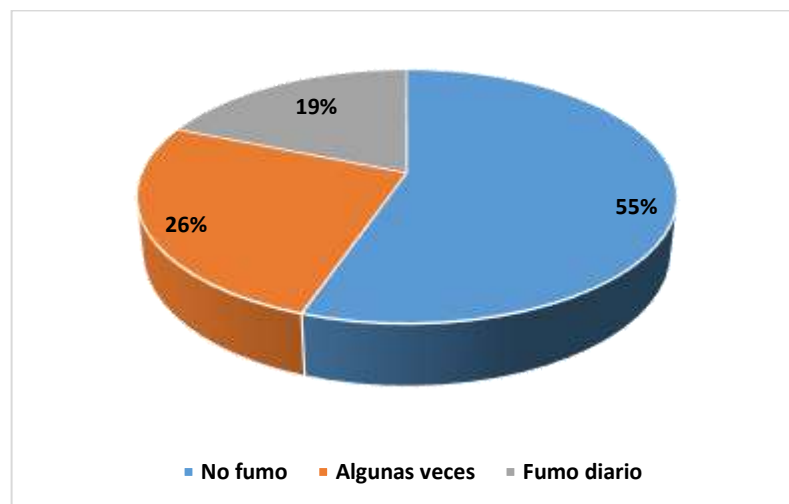
Pregunta: ¿Fuma?

Tabla 18 Frecuencia de fumar cigarrillo

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
No fumo	47	55%
Algunas veces	22	26%
Fumo diario	16	19%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 18 Frecuencia de fumar cigarrillo



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Análisis

Según los resultados se observó que el 55% no fuman cigarrillo, el 26% de ellos algunas veces fuman y el 19% de estos fuman diariamente cigarrillos. Por lo cual la mayoría no fuman cigarrillo, puesto que conocen sobre las repercusiones que podría generar el consumo excesivo del mismo.

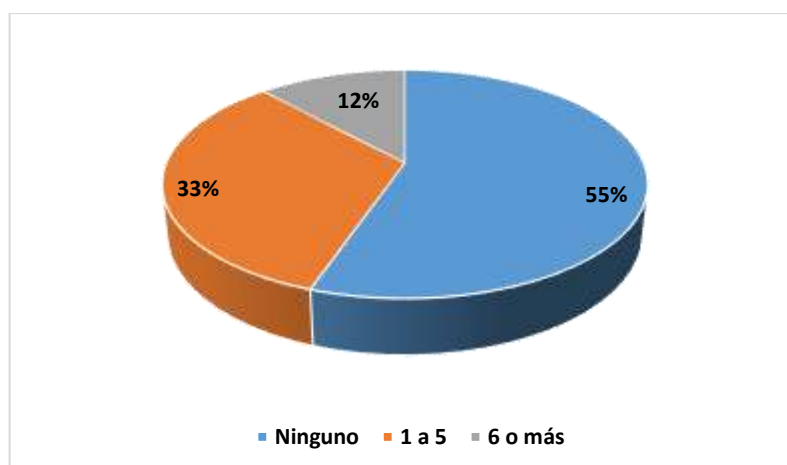
Pregunta: ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Tabla 19 Número diario de cigarrillo

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Ninguno	47	55%
1 a 5	28	33%
6 o más	10	12%
Total	85	100
		%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 19 Número diario de cigarrillo



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos muestran que el 55% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no fuman cigarrillo, mientras que el 33% fuman de 1 a 5 cigarrillos al día y el 12% de estos fuman 6 o más cigarrillos diariamente. Por tanto, este estudio demuestra que la mayoría de los pacientes encuestados no lo hacen conscientes sobre lo perjudicial que puede llegar a ser el consumo del mismo.

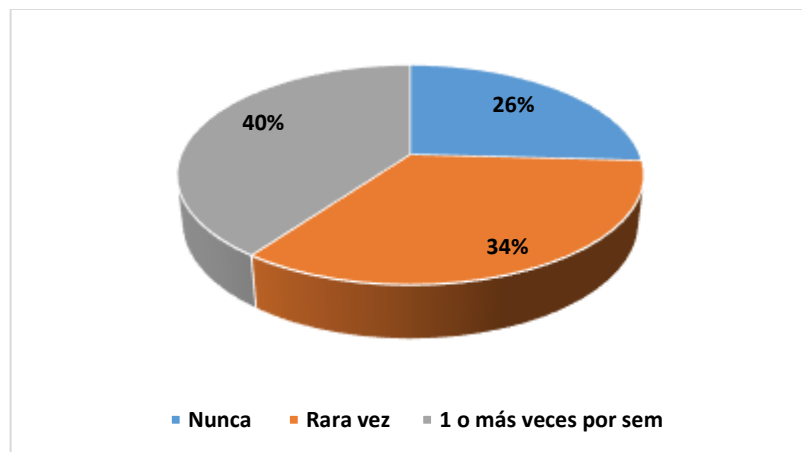
Pregunta: ¿Bebe alcohol?

Tabla 20 Frecuencia de beber alcohol

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Nunca	22	26%
Rara vez	29	34%
1 o más veces por semana	34	40%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 20 Frecuencia de beber alcohol



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Según los resultados se obtuvo que el 40% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 beben alcohol de 1 a más veces por semana, el 34% beben alcohol rara vez y el 26% de estos nunca han bebido alcohol. Por lo cual se concluye que la mayoría beben alcohol 1 o más veces por semana, estos pacientes indicaron que beben los fines de semana para quitarse el estrés.

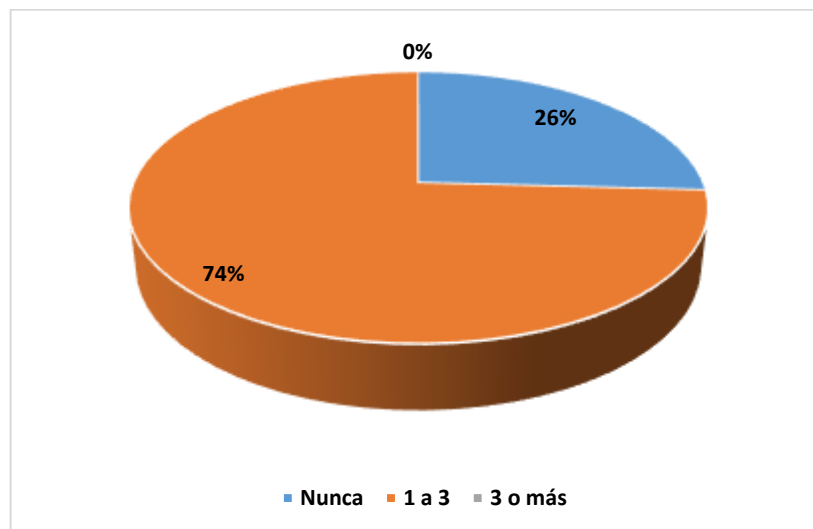
Pregunta: ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma al día?

Tabla 21 Número de bebidas alcohólicas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Nunca	22	26%
1 a 3	63	74%
3 o más	0	0%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 21 Número de bebidas alcohólicas



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos muestran que el 74% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 consumen de 1 a 3 bebidas alcohólicas al día, mientras que 26% nunca han consumido alcohol. Por lo cual se concluye que más de la mitad consumen de 1 a 3 bebidas alcohólicas en ocasiones especiales o eventos importantes.

I. Información sobre la diabetes

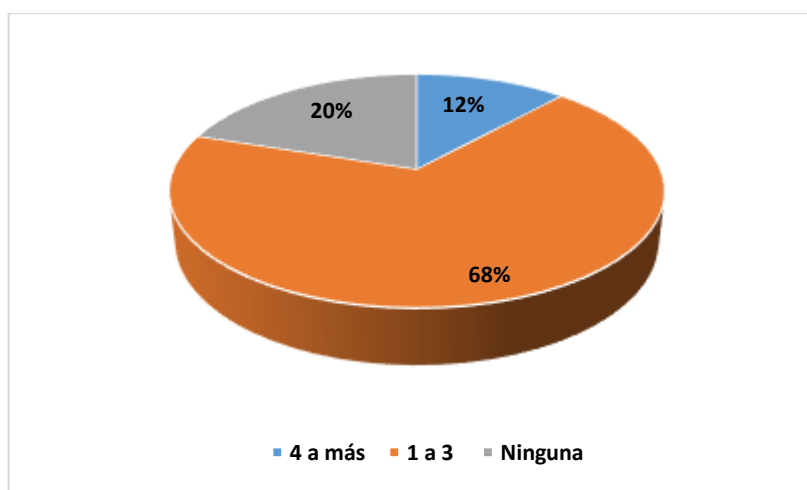
Pregunta: ¿A cuántas pláticas para personas diabéticas a asistido?

Tabla 22 Número de pláticas para personas con diabetes

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
4 a más	10	12%
1 a 3	58	68%
Ninguna	17	20%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 22 Número de pláticas para personas con diabetes



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Según los resultados se obtuvo que el 68% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 han asistido a 1 hasta 3 pláticas para personas diabéticas, mientras que el 20% no lo han hecho y el 12% de estos han asistido a más de 4 charlas. La mayoría si han asistido a más de una plática para personas con diabetes.

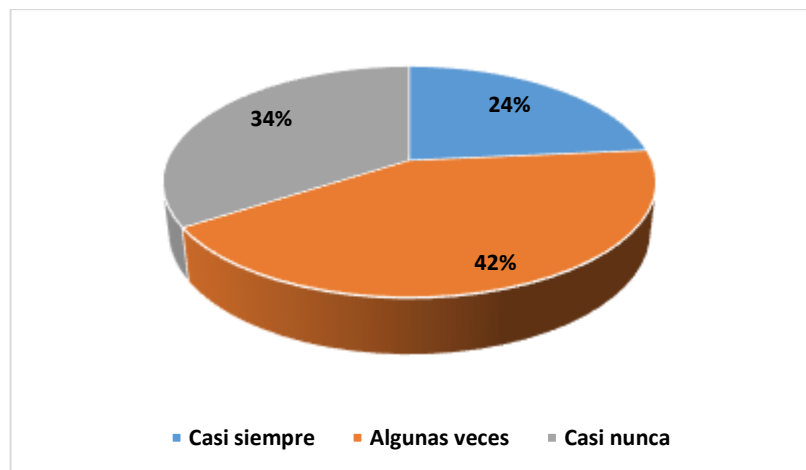
Pregunta: ¿Trata de obtener información sobre diabetes?

Tabla 23 Frecuencia en que trata de tener información sobre la diabetes

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi siempre	20	24%
Algunas veces	36	42%
Casi nunca	29	34%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 23 Frecuencia en que trata de tener información sobre la diabetes



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos muestran que el 42% algunas veces tratan de obtener información sobre la enfermedad, el 34% de ellos casi nunca lo hacen y el 24% de estos casi siempre trata de obtener información. Por lo cual se concluye que gran parte de los pacientes encuestados algunas veces tratan de mantenerse informado sobre su enfermedad.

I. Estado Emocional

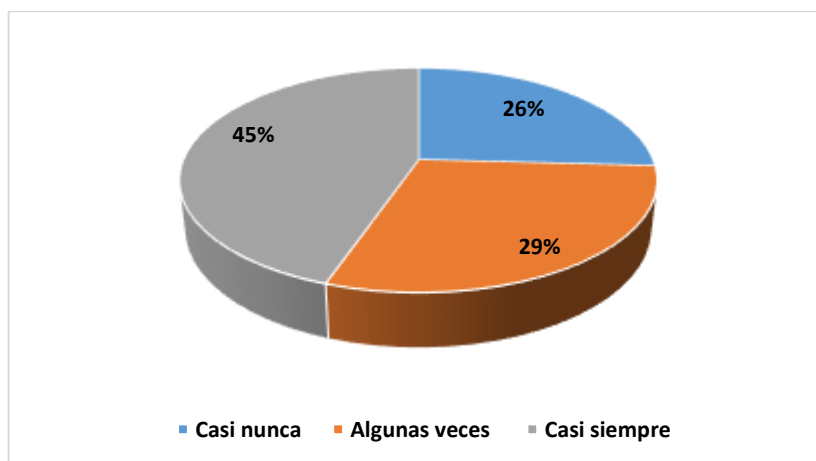
Pregunta: ¿Se enoja con facilidad?

Tabla 24 Frecuencia de enojarse con facilidad

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	22	26%
Algunas veces	25	29%
Casi siempre	38	45%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 24 Frecuencia de enojarse con facilidad



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los resultados demuestran que el 45% casi siempre se enojan con facilidad, mientras que el 29% de ellos algunas veces lo hacen y el 26% de estos casi nunca. Por lo cual se concluye que gran parte de los pacientes encuestados casi siempre se enojan con facilidad, es muy importante que el paciente diabético maneje un buen estado de ánimo para que así no afecte a su estilo de vida.

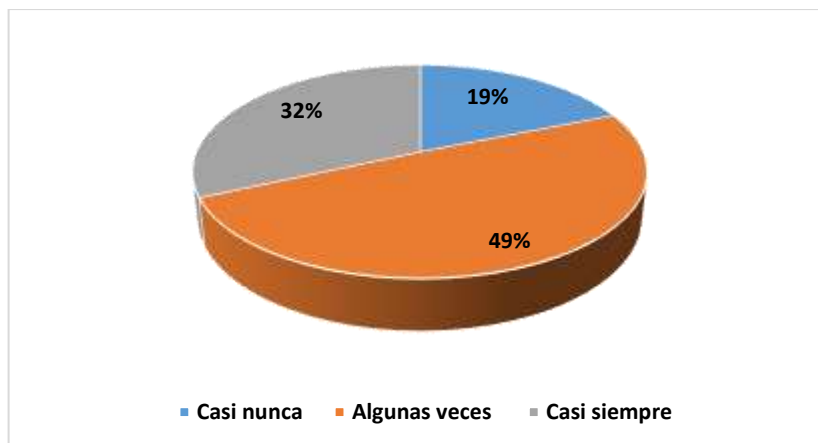
Pregunta: ¿Se siente triste?

Tabla 25 Frecuencia de estado de ánimo triste

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	16	19%
Algunas veces	42	49%
Casi siempre	27	32%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 25 Frecuencia de estado de ánimo triste



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos muestran que el 49% de estos pacientes algunas veces se sienten tristes, mientras que el 32% de ellos casi siempre lo hacen y el 19% de estos casi nunca se sienten tristes. Por lo cual se concluye que gran parte de los pacientes encuestados algunas veces tienen un estado de ánimo triste, puesto que no pueden tener una vida normal en cuanto a la alimentación como lo hacían anteriormente.

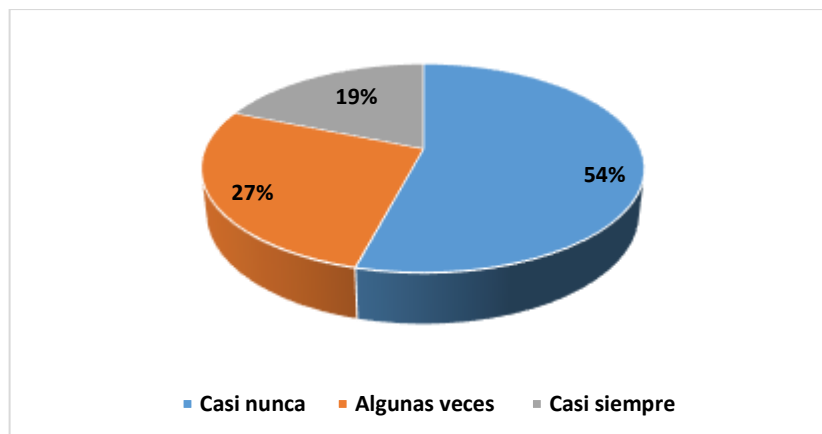
Pregunta: ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?

Tabla 26 Frecuencia de pensamientos pesimistas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	46	54%
Algunas veces	23	27%
Casi siempre	16	19%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 26 Frecuencia de pensamientos pesimistas



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos expresados muestran que el 54% de los pacientes de la muestra casi nunca tienen pensamientos pesimistas, mientras que el 27% de ellos algunas veces lo hacen y el 19% de estos casi siempre tienen pensamientos pesimistas. La mayoría de los pacientes encuestados casi nunca tienen pesimismo sobre su futuro.

I. Adherencia terapéutica

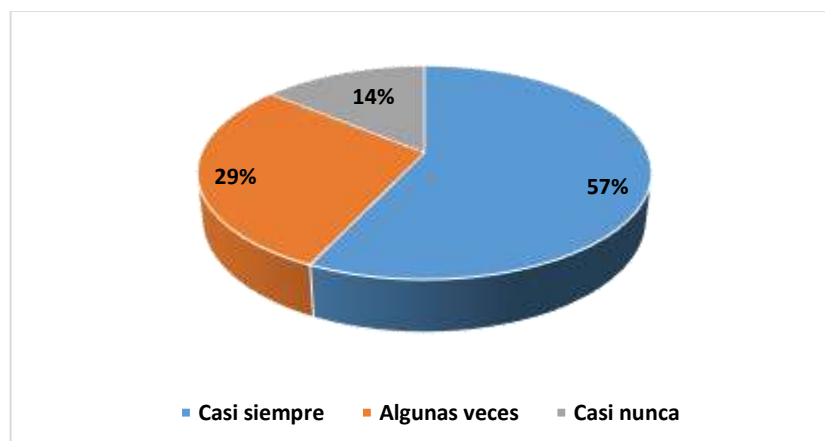
Pregunta: ¿Hace su máximo esfuerzo para controlar su diabetes?

Tabla 27 Frecuencia del control de diabetes

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi siempre	48	57%
Algunas veces	25	29%
Casi nunca	12	14%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 27 Frecuencia del control de diabetes



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los resultados demuestran que el 57% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 casi siempre hacen su máximo esfuerzo para controlar la diabetes, el 29% de ellos algunas veces y el 14% de estos casi nunca. Por lo cual se concluye que gran parte de los pacientes encuestados casi siempre se esfuerzan para controlar su diabetes para así evitar complicaciones que se presentan con esta enfermedad.

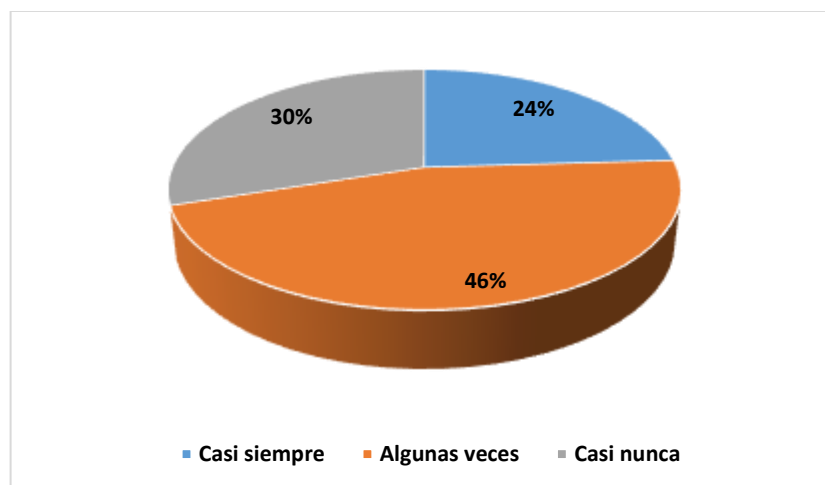
Pregunta: ¿Sigue dieta para diabético?

Tabla 28 Frecuencia de seguir la dieta para diabéticos

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi siempre	20	24%
Algunas veces	39	46%
Casi nunca	26	30%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 28 Frecuencia de seguir la dieta para diabéticos



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

El 46% de los pacientes casi algunas veces siguen su dieta para diabético, mientras que el 30% de ellos casi nunca lo hacen y el 24% de estos casi siempre. La mayoría de los pacientes encuestados algunas veces sigue su dieta para diabético.

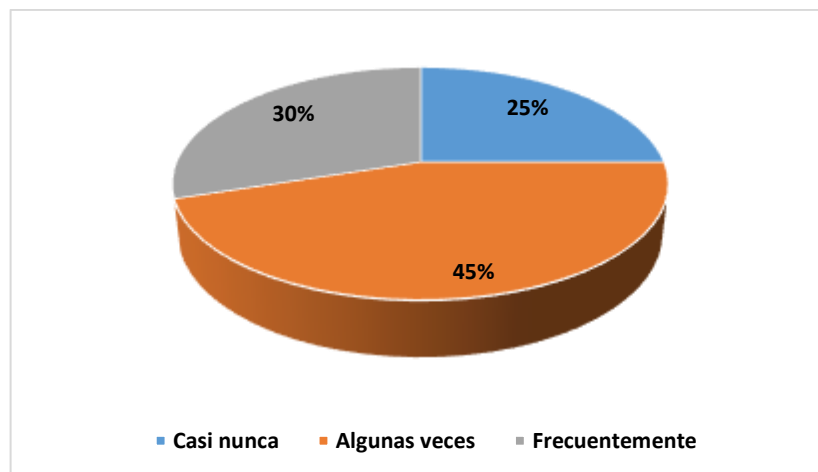
Pregunta: ¿Olvida aplicar sus medicamentos para diabéticos o aplicarse su insulina?

Tabla 29 Frecuencia con que olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi nunca	21	25%
Algunas veces	38	45%
Frecuentemente	26	30%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 29 Frecuencia con que olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los resultados muestran que el 45% de los pacientes algunas veces olvida tomar medicamentos o aplicarse insulina, el 30% de ellos frecuentemente lo hacen y el 25% de estos casi nunca se olvidan.

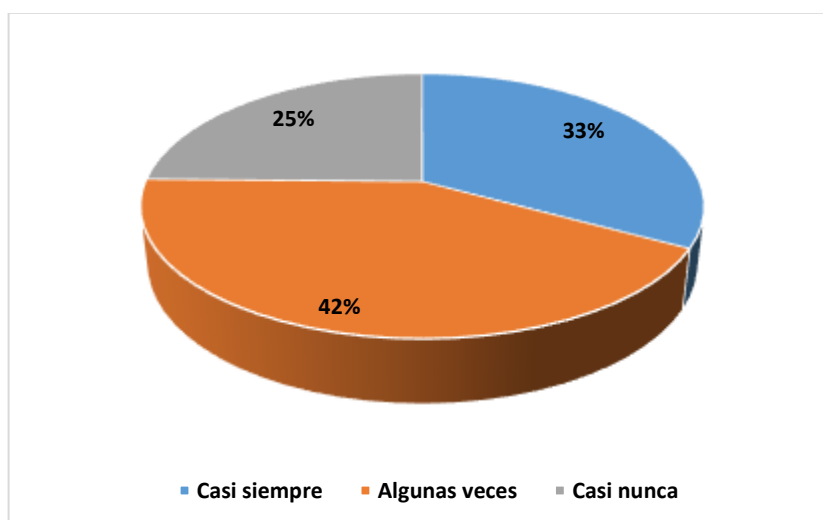
Pregunta: ¿Sigue las instrucciones médicas que se indica para su cuidado?

Tabla 30 Frecuencia de seguir las instrucciones médicas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Casi siempre	28	33%
Algunas veces	36	42%
Casi nunca	21	25%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 30 Frecuencia de seguir las instrucciones médicas



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

Los datos expresados muestran que el 42% de los pacientes algunas veces siguen las instrucciones médicas, el 33% de ellos casi siempre lo hacen y el 25% de estos casi nunca. La mayoría de los encuestados algunas veces se acuerdan de seguir las instrucciones médicas para su cuidado.

Luego del análisis de cada una de las preguntas se procedió a realizar la sumatoria general de cada encuesta para obtener los resultados acerca del estilo de vida que tienen los pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, los cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 31 Valoración del estilo de vida en pacientes de la muestra

	ENCUESTADOS	%
Estilo de vida favorable (>80)	25	29%
Estilo de vida poco favorable (60-80)	28	33%
Estilo de vida desfavorable (<60)	32	38%
Total	85	100%

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Gráfico 31 Valoración del estilo de vida en pacientes de la muestra



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

Análisis

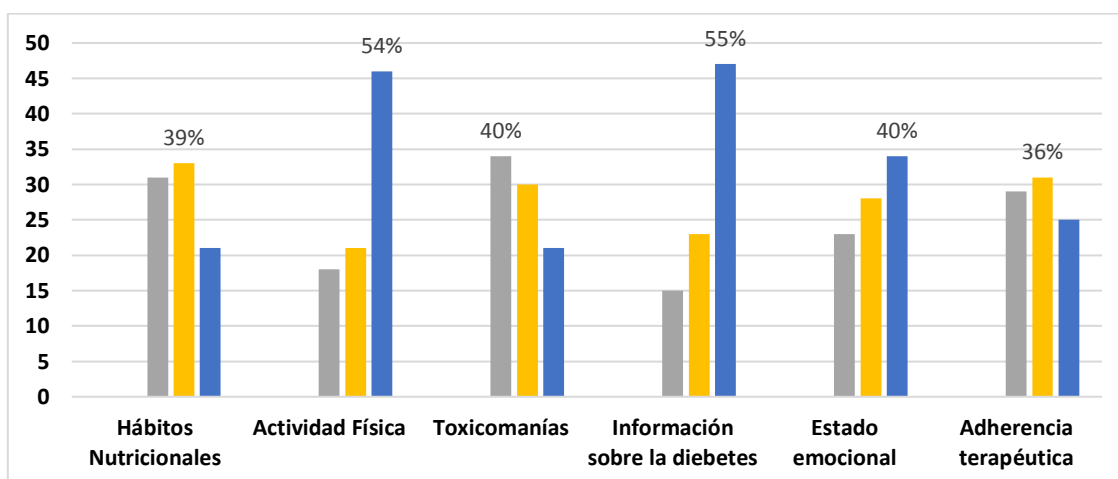
Se evidencia que de los 85 pacientes en estudio; 32 presentaron un estilo de vida desfavorable (38%), mientras que 28 de ellos presentaron un estilo de vida poco favorable (33%) y 25 pacientes tuvieron un estilo de vida favorable (29%). Por lo tanto, este estudio demuestra que los consultados del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque; presentaron patrones de vida desfavorable.

Tabla 32 Valoración del estilo de vida por dimensiones

Dimensiones	4	2	0	Total	Estilo de vida
Hábitos Nutricionales	31	33	21	85	Poco favorable
Actividad Física	18	21	46	85	Desfavorable
Toxicomanías	34	30	21	85	Favorable
Información sobre la diabetes	15	23	47	85	Desfavorable
Estado emocional	23	28	34	85	Desfavorable
Adherencia terapéutica	29	31	25	85	Poco favorable

Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

Gráfico 32 Valoración del estilo de vida por dimensiones



Fuente: Escala IMEVID
Elaborado por: Luis Orozco Villarruel.

Análisis

Se evidencia que en los hábitos nutricionales y la adherencia terapéutica presentaron un estilo de vida poco favorable con 39% y 36% respectivamente, las toxicomanías presentaron un estilo de vida favorable en los pacientes de la muestra con un 40%; la actividad física, la información sobre la diabetes y el estado emocional demostraron un estilo de vida desfavorable con 54%, 55% y 40% respectivamente. Por lo tanto, en este estudio se evidencia que los consultados del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque presentaron un estilo de vida desfavorable.

3.7 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

En este trabajo de investigación se reporta los estilos de vida en pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de Babahoyo, en los resultados de 85 pacientes entrevistados, en cuanto a las características socio demográficas se aprecia que el rango de edad entre los 50 a 59 años tuvo una mayor frecuencia con un (48%) de presentar diabetes mellitus tipo 2, en cuanto a la distribución por sexo el (55%) correspondió al masculino; el nivel escolaridad de estos pacientes fue un nivel primario con (39%), la ocupación indicó que el (60%) trabajan en el campo; se demostró que el (72,7%) de los pacientes presentaron una edad entre 50 a 59 años, el (54.7%) correspondió al sexo masculino, el nivel educativo de los pacientes fue bajo con un (65.7%) estudios primaria o secundaria y el (60%) fueron amas de casa.

En referencia a las características de salud de nuestro estudio el (66%) presentaron un tiempo de evolución de la enfermedad entre 5 a 9 años; y en cuanto la complicación más frecuente con un (33%) en este estudio se evidenció al pie diabético; resultados que no se asemejan al estudio de (Alvarez Peralta & Bermeo Barros, 2015) en el cual demuestra que la retinopatía fue la complicación más frecuente en estos pacientes con un (53%).

Respecto al trayecto de la enfermedad se obtuvo un (66%) entre cinco a nueve años y las complicación más frecuente con un (44%) fue el pie diabético, esto se correlaciona con lo manifestado por (Romero Márquez, Díaz Veja, & Romero Zepeda, 2011), en su estudio transversal sobre Estilos de Vida en 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se evidencia que la edad entre 50 a 59 años presentó con mayor frecuencia diabetes mellitus (72.7%), con mayor predisposición en los hombres (54.7%); en cuanto al nivel educativo estos pacientes tuvieron un (65.7%) con estudio primario o secundario y en relación al tiempo de evolución de la enfermedad este estudio mostró que un (56%) de los pacientes tenían de cinco a nueve años con esa patología, cabe indicar que en este estudio no se identificaron complicaciones crónicas de la enfermedad.

De las 85 encuestas aplicadas del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de Babahoyo el 38% de los pacientes resultan tener un patrón de vida desfavorable, mientras que el 33% tuvo poco favorable y el 29% favorable. Estos datos no se

asemejan con el estudio descriptivo de (Meza Meza & Tapullima Cobos, 2016) en el cual demostró una valoración del estilo de vida en la cual predominó el regular con un 69.7%, seguido de un mal estilo de vida con 15.9% y el 14.4% buen estilo de vida.

En cuanto a la dimensión de hábitos nutricionales se evidencia que los pacientes diabéticos con un 55% consumen verduras algunos días, 44% consumen frutas todos los días, el 74% consumen de 0-1 pieza de pan al día y de 0-3 tortillas al día, el 56% le agrega azúcar a sus alimentos algunas veces y el 45% le agregan sal a sus comidas algunas veces, el 44% consumen gaseosas en las comidas, el 40% casi nunca se alimenta fuera de casa y el 62% casi nunca pide que le servían más comida después de comer; a diferencia de un estudio descriptivo realizado en Esmeralda por (Sánchez Valencia, 2016) en el cual:

Se comprobó que el 67% de los diabéticos consumen verduras algunos días, 50% consumen frutas algunos días, el 80% consumen de 0-1 pieza de pan al día, el 47% le agrega azúcar a sus alimentos algunas veces y el 57% le agregan sal a sus comidas algunas veces. (p.1)

En relación a la actividad física el 48% de estos pacientes casi nunca hacen 15 min de ejercicio, el 55% casi nunca se mantiene ocupado fuera de sus actividades y el 60% observa televisión en su tiempo libre; estos datos no son congruentes con el estudio de (Sánchez Valencia, 2016).

En las toxicomanías, el 55% no fuman, el 40% 1 o más veces por semana beben alcohol y el 74% toma de 1 a 3 bebidas alcohólicas; estos resultados no son similares con el estudio de (Sánchez Valencia, 2016) en el cual:

demuestra que el 15% de los pacientes encuestados recibieron indicaciones sobre cómo manejar su nutrición: consumo de alimentos, raciones de comida, frecuencia de ejercicio y evitar el consumo de alcohol y tabaco. Lo que demuestra que estos pacientes no presentan un estilo de vida adecuado. (p.1)

En relación a la información sobre diabetes el 68% de los diabéticos han asistido a 1 hasta 3 charlas y el 42% de ellos algunas veces tratan de obtener información sobre la enfermedad generando un estilo de vida poco saludable, estos datos no similares al estudio de (Ramírez Ordoñez, y otros, 2011) en el cual indican que en la dimensión información sobre la diabetes el 73,2% tuvieron estilos de vida poco saludables.

En lo correspondiente al estado emocional el 45% de estos pacientes casi siempre se enoja con facilidad, el 49% algunas veces se sienten tristes y el 54% casi nunca tienen

pensamientos pesimistas; estos datos no son similares al estudio de (Ramírez Ordoñez, y otros, 2011) en el cual demuestra que un 65% de pacientes con diabetes presentaron estilos de vida saludables en cuanto al estado emocional.

En cuanto a la adherencia terapéutica el 56% de estos pacientes casi siempre hacen su máximo esfuerzo para controlar la diabetes, el 46% algunas veces siguen dieta para diabético, el 45% algunas veces olvidan aplicar sus medicamentos y el 42% algunas veces siguen las instrucciones médicas;

Una vez discutidos los resultados se expresa que los cuadrantes que presentan un patrón desfavorable en estos pacientes fueron la actividad física, información sobre la diabetes y el estado emocional, mientras que los hábitos nutricionales y la adherencia al tratamiento reflejaron un estilo de vida poco favorable, y sólo las toxicomanías en estos pacientes demostraron un patrón de vida favorable.

3.8 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Figura 1 Interpretación de Hipótesis Vs Resultados



Fuente: Primaria
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

CONCLUSIONES

- ✓ Se Identificó en este trabajo de investigación que el patrón de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo 2019 es desfavorable, siendo los dominios mayormente afectados la actividad física, información sobre la diabetes y el estado emocional, razón por la cual es necesario interesarse en esta situación que aborde este problema de salud desde una perspectiva holística que permita el bienestar y la salud de las personas que padecen esta patología.
- ✓ Se describieron las características sociodemográficas de la muestra de estudio en la cual se obtuvo que la edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fluctuó entre 50 a 59 años, con una frecuencia mayor en hombres, el nivel de escolaridad de la muestra fue primario, la ocupación de estos pacientes fue el trabajo de campo y trayectoria de la enfermedad se encontraba entre 5 a 9 años.
- ✓ Se identificaron patrones de vida de los consultados mediante el cuestionario IMEVID, en el cual se observó que los dominios que presentaron un resultado desfavorable fueron ejercicio, datos sobre la diabetes y patrón anímico, mientras que los dominios que presentaron un estilo de vida poco favorable fueron hábitos nutricionales y la adherencia en el tratamiento; en cuanto al dominio de toxicomanías fue el único que presentó un estilo de vida favorable.
- ✓ Se establecieron las complicaciones más frecuentes que se presentan en los pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque entre ellas se encuentra con mayor frecuencia el pie diabético, seguido de la retinopatía y la neuropatía diabética.

RECOMENDACIONES

- Proponer a las autoridades del Distrito de Salud y del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque la aplicación del Instrumento IMEVID y la elaboración de un plan de capacitación sobre buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información de diabetes, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, para de esta manera modificar los estilos de vida de la población y así mejorar el patrón y bienestar de vida de la misma lo cual dará solución a la problemática encontrada en la investigación.
- Fortalecer el diseño y ejecución de campañas de sensibilización y promoción de salud relacionadas a la Diabetes, dirigidas a la concientización de la población en general y, en especial, a los sujetos con potencial de riesgo de las dificultades crónicas vinculadas con esta patología. Ello, resulta de vital importancia ya que el primer paso para abordar la implementación de esta iniciativa y que en el sistema de salud se considere el registro de data sobre el estilo de vida es significativa e importante la voluntad del personal de salud, sensibilizado, para llevar adelante esta labor, concretada en la propuesta del plan de capacitación aquí desarrollada.
- Instituir un programa de seguimiento al paciente que facilite su atención, adherencia al tratamiento, que posea información actualizada y permanente, control y seguimiento alimentario, actividad y su medicación.
- Realizar charlas informativas en la sala de espera del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque dirigida a los usuarios, pacientes con diabetes mellitus tipo II y familiares, para promover estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado con el fin de prevenir complicaciones.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Elaboración de un plan de capacitación que abarque buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

En la actualidad la enfermedad está en aumento, esta circunstancia resulta un grave problema de salud pública puesto que se ha convertido en una epidemia mundial. El riesgo de desarrollar esa afección aumenta en las personas que tienen un estilo de vida inadecuado como malos hábitos alimentarios, inactividad física, el sedentarismo, sobrepeso y obesidad, los cuales son considerados como factores de riesgos que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.

Las políticas públicas de salud recomiendan la identificación precoz y oportuna, además de combatir aquellos factores de riesgos que pueden ser modificados, con la finalidad de retardar o impedir la manifestación de la enfermedad y reducir los gastos en la salud pública.

5.3 JUSTIFICACIÓN

Producto de la encuesta se evidencia una falta de información sobre la diabetes mellitus, actividad física y estado emocional desfavorable, hábitos nutricionales y adherencia al tratamiento poco favorable que tienen los pacientes que padecen de esta enfermedad. Con base en estos resultados es necesario el diseño de un plan de capacitación el cual se enfoque en las dimensiones antes descritas, puesto que se palpa claramente la realidad que vive esta población, pacientes con diabetes mellitus que poseen un estilo de vida desfavorable y poco favorable, esto ha desencadenado

la presencia de complicaciones propias de la enfermedad como el pie diabético, por lo cual es imprescindible mejorar su condición de vida.

La propuesta de este trabajo es importante para la población de estudio porque permitirá la adopción de patrones de vida saludables y más conciencia acerca de la enfermedad. Por tal razón, resulta de gran interés realizar este proyecto debido a que los pacientes diabéticos del Centro Materno Infantil no cuentan con un plan de capacitación sobre buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información de diabetes, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento.

Este plan proporciona herramientas para que el personal de salud ejecute las charlas informativas que favorezca estrategias sobre el conocimiento de la enfermedad, complicaciones y autocuidados en pacientes con diabetes.

Así también, resulta indispensable conocer los factores de riesgo de la diabetes y la incidencia de la enfermedad para tomar acciones que vayan encaminadas al mejoramiento de la atención sanitaria de todas aquellas personas que están en riesgo de desarrollarla, personas que ya han sido diagnósticas y viven con la enfermedad.

La aplicación de esta propuesta permitirá llegar a concientizar a la población y servirá de mucho para que en el futuro se lleven a cabo estrategias pertinentes con el fin de disminuir las complicaciones que la enfermedad pueda generar. Al mismo tiempo, se podrá realizar una evaluación de la comunidad del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque para determinar el impacto que generó la implementación del proyecto sobre diabetes y sacar las conclusiones necesarias.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General de la propuesta

Diseñar un plan de capacitación sobre buenas prácticas de hábitos saludables dirigido pacientes con Diabetes Mellitus del Centro de Salud Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo, 2019.

5.4.2 Objetivos Específicos de la propuesta

- ✓ Incentivar los cambios en estilos de vida saludables basados en la promoción y prevención.

- ✓ Elaborar los contenidos de la capacitación con el equipo de salud para concientizar y modificar los comportamientos no saludables de la población de estudio.
- ✓ Estimar los recursos humanos y financiero que den cumplimiento a la capacitación.

5.5 UBICACIÓN

- **Lugar:** Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo.
- **Fecha:** 02 de diciembre de 2019.

Descripción: El plan de capacitación sobre buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información de diabetes, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para los pacientes se aplicará en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo, permitirá concientizar a la población y servirá de mucho para que en el futuro se lleven a cabo estrategias pertinentes y disminuir el desarrollo de complicaciones.

5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Los criterios y premisas que se presentan en la propuesta se consideran factibles, ya que el investigador ha considerado los recursos propios para su diseño y puesta en práctica, como contribución a la institución. Además, se encuentra en correspondencia a las políticas sanitarias previstas por Estado ecuatoriano y de la población de estudio puesto contribuyendo a la mejora de la situación actual reportada.

Este estudio está fundamentado en las políticas de salud de la comunidad acorde con las estrategias de prevención y control dirigidas por el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, misma que servirá de base para la implementación de actividades destinadas al mejoramiento y prevención de enfermedades consideradas de atención prioritaria para la población motivo de estudio.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El Plan de Capacitación sobre buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información de diabetes, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento se limita a los pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque del cantón

Babahoyo, principalmente a los usuarios con desmotivación y desinterés que interfieren directamente en la salud.

A continuación, se nombran los talleres que crearán estrategias para una mejor calidad de vida.

Tabla 33 Talleres sobre diabetes y estilos de vida saludables

Nro.	Temas	Responsable	Beneficiario
1	Conceptos básicos Diabetes Mellitus - Estilos de vida saludables, Promoción y Prevención de salud.	Médico General	Pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo.
2	Alimentación Saludable: Clasificación de grupos de alimentos y funciones principales.	Nutricionista	Pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo.
3	Actividad Física: ejercicio físico recreación, deporte, sedentarismo	Médico General	Pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo
4	Manejo de emociones: Concepto de estrés, factores de riesgo y factores protectores autoestima, fortaleza personal	Psicólogo	Pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo
5	Autocuidado y Adherencia al Tratamiento: conceptos y consecuencias de un mal apego al tratamiento		Pacientes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque Babahoyo

TOTAL

Fuente: Primaria
Elaborado por: Luis Orozco Villaruel

5.7.1 Actividades

Para dar cumplimiento a las actividades del Programa se aplicará:

- ✓ El taller consistirá en charlas informativas, desde una perspectiva didáctica y con apoyo de material elaborado tanto audiovisual como escrito.

- ✓ Al iniciar el taller, el facilitador motivará e informará el contenido de las charlas informativas.
- ✓ Al finalizar el taller cierre, el facilitador concluirá los diferentes aspectos tratados.
- ✓ Los temas considerados a desarrollar en los talleres están relacionados con el programa de capacitación.
- ✓ La acreditación estará determinada por las evidencias de la concientización sobre buenas prácticas de hábitos nutricionales, ejercicios, información de diabetes, manejo de emociones, autocuidado y apoyo en el tratamiento para concientizar a la población de estudio y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ El Taller de Estilos de Vida Saludable, será implementado en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, el cual tendrá una duración de dos semanas con una totalidad de 20 horas y el cual se puede aplicar en los siguientes meses posteriores.
- ✓ Se tiene previsto el establecimiento de un cronograma que ofrezca dar seguimiento a las actividades establecidas y verificar su eficaz cumplimiento,

5.7.2.1 Recursos

Recursos Humanos

- ✓ Un médico
- ✓ Un Nutricionista
- ✓ Psicólogo

Recursos Materiales

- ✓ Carpa
- ✓ Sillas
- ✓ Computadora
- ✓ Proyector
- ✓ Lápices

- ✓ Bolígrafo
- ✓ Globos
- ✓ Gigantografía
- ✓ Trípticos
- ✓ Hojas blancas

5.7.2.2 Análisis Financiero

Tabla 34 Presupuesto.

Descripción	Cantidad	Horas	Honorarios	Valor total
A.- PERSONALES				
Médico	1	12	0	0
Nutricionista	1	4	0	0
Psicólogo	1	4	0	0
B.- MATERIALES				
Lápices	20		0,50	10,00
bolígrafos	50		1,00	50,00
Globos	100		0,02	2,00
Trípticos	250 folletos		0,5	125,00
C.- OTROS				
Computadora	1		0	0
Transporte	6		5,00	30,00
Carpa	1		50,00	50,00
Sillas	20		2,00	40,00
Hojas de papel bond	500		0.01	5,00
Gigantografía	2		30,00	60,00
Video proyector	1		0	0
TOTAL				372,00

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

5.7.3 Impacto

La propuesta del presente trabajo implica un Plan de Capacitación que permita concientizar a los pacientes y mejorar los estilos de vida, puesto que las estrategias preventivas producen un impacto social positivo y conlleva la reducción de costos, reinserción social y disminución de síntomas biopsicosociales de los pacientes diabéticos.

La ejecución del programa se dará con las capacitaciones de hábitos nutricionales saludables, ejercicios, educación y adherencia en el tratamiento, el cual responderá a la promoción y prevención de la diabetes mellitus, manteniendo una buena salud y mejorando la calidad de vida en los usuarios.

Además, será de gran beneficio para el Distrito de Salud porque con esta propuesta se concientizarán también a las autoridades para la elaboración y aplicación de actividades culturales, físico-deportivas con el objetivo de motivar a los usuarios a la práctica de estilos de vida saludables, para así evitar el desarrollo de estas patologías puesto que la diabetes es una de las morbilidades más frecuentes del cantón.

5.7.4 Cronograma

Actividades	Responsables	Inicio	Final
Difusión del plan de capacitaciones	Coordinador	25/11/2019	26/11/2019
Invitación para las capacitaciones	Coordinador	27/11/2019	28/11/2019
Seleccionar y designar a los capacitadores	Coordinador	29/11/2019	29/11/2019
Planificar el curso de capacitación	Coordinador	29/11/2019	29/11/2019
Seleccionar y reproducir los materiales de la capacitación	Coordinador	30/11/2019	30/11/2019
Unidad 1 Conceptos básicos Diabetes Mellitus - Estilos de vida saludables, Promoción y Prevención de salud.	Médico General	02/12/2019 10h00 - 12h00	03/12/2019 10h00 - 12h00
Unidad 2 Alimentación Saludable: Clasificación de grupos de alimentos y funciones principales.	Nutricionista	04/12/2019 10h00 - 12h00	05/12/2019 10h00 - 12h00
Unidad 3 Actividad Física: ejercicio físico recreación, deporte, sedentarismo	Médico General	06/12/2019 10h00 - 12h00	09/12/2019 10h00 - 12h00
Unidad 4 Manejo de emociones: Concepto de estrés, factores de riesgo y factores protectores autoestima, fortaleza personal	Psicólogo	10/12/2019 10h00 - 12h00	11/12/2019 10h00 - 12h00
Unidad 5	Médico General	12/12/2019 10h00 - 12h00	13/12/2019 10h00 - 12h00

Autocuidado y Adherencia al Tratamiento: conceptos y consecuencias de un mal apego al tratamiento

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

5.7.5 Lineamientos para evaluar la propuesta

Se establece un mecanismo de evaluación permanente donde se puedan generar informes mensuales sobre las patologías abordadas y la cantidad de pacientes inmersos en los planes de seguimiento y control de enfermedades así como informes sobre evolución de la enfermedad y control de la misma, estos lineamientos de evaluación deberán estar inmersos en la programación y ejecución del sistema durante cada año al fin de cada periodo se presentara la debida rendición de cuentas del departamento donde se muestren las tasas de morbilidad y demás datos estadísticos de la población universitario con índices de alcance en la realidad de salud. En tal sentido, se proponen las siguientes pautas para la evaluación de la propuesta:

5.7.5.1. Pautas de seguimiento y control propuesta

Fases	Propósito	Actividad	Responsables
1.Recolección y categorización de información	Caracterizar la situación relacionada a la evolución sobre las patologías abordadas participación efectiva de pacientes en la actividad de capacitación	Generación de informes sobre: - Patologías abordadas. -Participación efectiva de pacientes en el plan. - Evolución y control de enfermedades	Investigador Comisión Técnica Institución hospitalaria
2. Ajustes y reforzamiento de promoción de salud	Reforzar la apropiación de la información suministrada en plan de capacitación de los pacientes	- Reajuste de contenidos en plan de capacitación atendiendo los resultados de los informes de patologías, evaluación y control de enfermedades. - Plan de promoción de salud, mediante elaboración de materiales publicitarios, dirigido a pacientes. - Aplicación de Encuesta sobre satisfacción del plan de capacitación entre los pacientes	Investigador Comisión Técnica Institución hospitalaria
3.Socialización de resultados	Registrar la experiencia desde la posición científica	- Validación de resultados por expertos académicos y/o centros de investigación a fin de recabar sugerencias, aportes y nuevas tendencias en el área.	Investigador Comisión Técnica Institución hospitalaria

Elaborado por: Luis Orozco Villarruel

REFERENCIAS

- ADA. (2015). *Su consejero de Diabetes Mellitus*. Obtenido de https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/Type_2_Spanish.pdf
- Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Scielo Perú*, 237-241. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- Alarcón, J. A. (julio de 2016). *ESTILOS DE VIDA Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO ESSALUD.CHOTA, 2015*. Obtenido de http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1350/T016_43514843_D.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alayo Agreda, I. Y., & Horna Huancas, J. P. (2013). *Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos*. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOCUIDADO_ADULTOS_DIABETES\(INTRODUCCION\).pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOCUIDADO_ADULTOS_DIABETES(INTRODUCCION).pdf)
- Alvares Síntes. (2015). *Medicina General Integral* (Vol. I).
- Alvarez Peralta, T., & Bermeo Barros, M. (2015). *Estilo de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en la fundación DONUM, Cuenca, 2015*. Recuperado el 17 de septiembre de 2019, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24216>
- Ananya Mandal, M. (junio de 2019). *Historia de la diabetes*. Obtenido de News Medical Life Sciences: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)
- Asociación de la Diabetes Madrid. (12 de marzo de 2015). Obtenido de <https://diabetesmadrid.org/conoces-la-historia-de-la-diabetes/>
- Bados Enriquez, D. M., Ladino Oyola, K. V., & Valderrama Mendoza, J. S. (2018). ROL DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN EL AVANCE DE LA SALUD PÚBLICA EN LATINOAMÉRICA. *Revista de la FACULTAS DE CIENCIAS MEDICAS DE CÓRDOVA*, 75(2). doi:<http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v75.n2.17258>
- Basilio Moreno, E., Monereo Megías, S., & Álvarez Hernández, J. (2005). *La Obesidad en el Tercer Milenio*.

- Bastías, E. (2014) Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Cienc. enferm.* vol.20 no.2 Concepción ago. 2014. Recuperado: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010
- Betancurth, L; Vélez, A. y Jurado, V. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario FANTASTICO por técnica Delphi. *Revista Salud Unirorte*, 31 (2), 214-227. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5583/8017>
- Brown, J. (2015). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Brown, J. (2015). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. McGraw-Hill Interamericana.
- C. Morón y T. Calderón. (4 de Noviembre de 1999). La elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos en países de América Latina. OMS. Obtenido de <http://www.fao.org/3/X2650t/X2650t04.pdf>
- Camacho, A. a. (2005). Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 13(4):197-202.
- CDC. (09 de 01 de 2019). *Peso saludable*. Obtenido de Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes: https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerc_a_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Cerisola, A. (2017). Impacto negativo de los medios tecnológicos en el neurodesarrollo infantil. *Pediatr*, 46(2), 126-131.
- Cerón, I. (2012). Los determinantes sociales de la salud. *Revista Universidad y Salud.*, 14 (2), 117. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/issue/archive>
- Chisaguano y Ushiña (2015) 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 Iatacunga de julio-agosto del 2015. Recuperado: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Recuperado: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/>
- Deza Tavera A. (2015). *Efectividad del programa educativo para mejorar nivel de conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos Tipo II del Hospital I Florencia de Mora Trujillo*. Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2307>

- De la Cruz, E. (2015) La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma* vol.36 no.1 Maracay jun. 2015 Recuperado: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512015000100009
- Díaz AA, V. P.-M. (2017). Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. *Rev Panam Salud Publica* 41, 41:e54.
- Dominguez , L., Ferenández -Brito Rodriguez, J., Sánchez, M., Alvarez , V., Herenández , H., Gómez, V., & Ferrer Arrocha, M. (2014). Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes. *Revista cubana de Pediatría*, 86(4), 433-444.
- Douglas, M. (1984). Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. *Revista family Physician.*, 30 (1) 1863 - 1866. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/>
- Educación física (2007) Beneficios de la práctica de educación física. Recuperado: <http://educacionfisicavirtual.blogspot.com/2007/11/beneficios-de-la-prctica-de-educacin.html>
- ENEMDU. (2016). *Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/TIC/2016/170125.Presentacion_Tics_2016.pdf
- ENSANUT-ECU. (06 de 10 de 2014). *Tomo I Encuesta Nacional de Salud y Nutición*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Estrella, C. (2014). Factores relacionadas con los hábitos alimentarios . Quito: PUCE.
- FAO - GABAS ECUADOR. (2018). Guías Alimentarias del Ecuador. *Documento técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos*, 240. Obtenido de instituciones.msp.gob.ec/images/.../GABAS_Guias_Alimentarias_Ecuador_2018.pdf
- FAO. (2011). *La Seguridad Alimentaria: Información para la toam de decisiones - Guía práctica*. Obtenido de Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria: www.fao.org/3/a-at772s.pdf
- FAO. (2013). El estado Mundial de la Agricultura y la alimentación. *Sistemas Alimentarios para una Mejor Nutrición*.
- FAO/OPS. (10 de 10 de 2017). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de América Latina y el Caribe* . Obtenido de <http://www.fao.org/news/story/es/item/1043137/icode/>
- Festinger, L., & Katz, D. (1992). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Obtenido de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2241/1/TESIS%20TIGUA%20Y%20LASSO.pdf>

- FID. (2011). *Plan Mundial Contra La Diabetes*. Obtenido de Federación Internacional de la Diabetes: https://www.researchgate.net/publication/276401528_Estilo_de_vida_en_pacientes_adultos_con_Diabetes_mellitus_tipo_2
- Flegal KM, C., & Orden CL, J. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999 - 2000. *JAMA*, 288:17823-27.
- Fonseca-Centeno Z, H.-V. A.-T.-T.-D.-U. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN - 2010. *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*.
- Freire WB, R. M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUTE-ECU. 2011-2013*. Quito.
- Gamarra, M. y. (2012). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Hospital de Barranca 2012. (Tesis)*. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de <https://es.scribd.com/document/382734112/Proyecto-de-Tesis-2012-Original-Diabetes>
- Garay Sevilla, M. E. (2005). *EL PACIENTE DIABÉTICO Y SUS EMOCIONES*. Obtenido de II encuentro participación de la mujer en la ciencia: congresos.cio.mx › 2_enc_mujer › Extenso › orales
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca*, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., & Ramos C., D. M. (28 de septiembre de 2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 169 - 185. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>
- Gobierno de rioja (2016) Alimentación y diabetes. recuperado: <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/endocrinologia/alimentacion-y-diabetes>
- GOTTAU, G. (16 de enero de 2015). El sedentarismo causa más muertes que la obesidad.
- Guattini , M. M. (2015). *Hábitos Alimentarios, actividad física y complicaciones de salud en pacientes con diabates tipo 2 adscriptos al programa Nacional de Diabetes*. Obtenido de <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Guattini-marina-m.pdf>
- Guirao-Goris, J., Cabrero-García, J., Moreno, J., & Muñoz- Mendoza, C. (2009). *Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos*. (G. Sanit, Editor)

- Hassall, A. (1849). Observations on the development of. *Lancet*, 1:63-64.
- Hermoso Vega, Y. (2009). Estudio de la ocupación del tiempo libre de la población escolar y su participación en actividades extraescolares. Málaga.
- Hernández Álvarez, G. M. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y factores de riesgo, en niños de 7-12 años, en una escuela pública de Cartagena septiembre-octubre de 2010. *Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado el 22 de 01 de 19, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4191/1/guimarmariahernandezalvarez.2011.pdf>
- Hernández Sampieri, C. R., Fernández Collado, C., & Bautista Lucio, P. (2003). Metodología de la Investigación. *McGraw-Hill*. Recuperado el 29 de octubre de 2019, de https://www.uv.mx › 2011/06 › Metodologia-de-la-Investigaci3n_Sampieri
- Hernandez, A., & Morales, V. (2008). Una revisión teórica. Ocio, tiempo libre y animación sociocultural. *Lecturas EF y Deportes*. Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd127/una-revision-teorica-ocio-tiempo-libre-y-animaci3n-sociocultural.htm>.
- Hernández, Y. N. (marzo de 2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Scielo*, 6(1). Recuperado el 10 de 09 de 2019, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n1/rf01106.pdf>
- INEC. (2016). *Diabetes segunda causa de muerte en Ecuador*. Obtenido de Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/Diabetes.pdf>
- INEC. (2016). *Estadísticas Vitales*. Obtenido de Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
- Karina. (29 de marzo de 2017). *Conocimiento del adulto Karina*. Obtenido de Tiempo Libre: <http://conocimientodeladultokarina.blogspot.com/2017/03/tiempo-libre.html>
- Kaushik J, N. M. (2011). Fast Food consumption in children. *Indian Pediatrics*, 48 (17): 97-101.
- Keesey RE, H. M. (1997). Body weight set-points: determination and adjustment. . *J Nutr*, 127.

- Labrador, F. R. (2015). Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2015-03-22-Gu%C3%ADa%20para%20padres%20y%20educadores%20sobre%20el%20uso%20seguro%20de%20Internet,%20videojuegos%20y%20m%C3%B3viles.pdf>
- Lahsen , R., & Liberman G , C. (2003). Prevención de Daibetes tipo II. *Scielo*, 30, 80–90, 30(2), 80-90. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182003000200002&script=sci_abstract
- Levitsky DA, O. E. (2005). Imprecise control of energy intake: absence of a reduction in food intake following overfeeding in young adults. *Physiol*, 84: 669-675
- Ley Orgánica de Salud (2015) Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006 Última modificación: 18-dic.-2015. Recuperado: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Lic. Marcela Licata - zonadiet.com. (1999). *función de los alimentos*. Obtenido de zonadiet.com: <https://www.zonadiet.com/nutricion/funcion.htm>
- Llanes, L. L. (ene-abr de 2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Scielo - Revista Cubana de Endocrinología*. Recuperado el 11 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
- Lopez.C. (2007). Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios. *Ministerio de sanidad de educación del interior consumo y cultura*, 1–124. Obtenido de Ministerio de sanidad de educación del interior consumo y cultura.
- López-Carmonaa, J M; Rodríguez-Moctezuma, J R. ; Ariza-Andraca, C R; Martínez-Bermúdez, M. (2004;). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Elsevier, Aten Primaria*, 33(1):20-7. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/9112/Pariona_RS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lozano Heredia, R., & Chico Banda, V. N. (01 de Marzo de 2015). Valoración de los hábitos alimenticios, actividad física y su relación con el estado nutricional de una población mixta de adolescentes del tercer año de bachillerato del Colegio Aníbal Salgado Ruiz del cantón Tisaleo. Tisaleo. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9443>
- Luis Fernando Vélez, M. B. (2003). La selección de los alimentos: una práctica compleja. *Corporación Editora Médica del Valle - Colomb Med*, 34:92-96.

- Maidanal, G. M., Lugol, G., Veral, Z., Acostal, P., Morinigol, M., Isasil, D., & Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, ;14(1):70-77. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
- Marchiori, G. N., González, A. L., Perovic, N. R., & Defagó, M. D. (24 de mayo de 2017). Una mirada global sobre la influencia de los patrones alimentarios en las enfermedades cardiovasculares. *PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA-Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia*, 19(1), 79-92.
- Marés, L. (2012). Tablets en educación: Oportunidades y desafíos en políticas uno a uno. *Organización de Estados Iberoamericanos*. Buenos Aires:.
- Martínez Zazo, A. B., & Pedrón Giner, C. (2016). *Conceptos Basicos en Alimentación*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/conceptos-alimentacion.pdf>
- ME - MIESS. (30 de julio de 2014). *Acuerdo Interministerial Nro. 0015-14*. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/Acuerdo-interministerial-No-0015-14.pdf>
- Merino Merino, B., & Gonzalez Briones, E. (2011). *Actividad Física y Salud en la Infancia y Adolescencia*. España. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>
- Meza Meza, C., & Tapullima Cobos, J. (2016). *Estado Nutricional en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio externo de enfermedades no trasmisibles del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García*. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4066/Christian_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MIESS. (2010). Retrieved 2012 йил 29-4 from Proyecto Alimentario Nutricional Integral:. Obtenido de <http://www.alimentateecuador.gob.ec/contenidos.php?id=2295>
- Ministerio de Finanzas Ecuatoriano. (2018). *Expansión/ Datosmacro.com*. Obtenido de Ecuador - Gasto público Salud: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/ecuador>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025. Recuperado: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH01fd.dir/doc.pdf>

Morón y T. Calderón, 1999) La elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos en países de América Latina. Recuperado: <http://www.fao.org/3/x2650t04.htm>

MSc. Perla María Trejo Ortiz, L. S. (2012). Relación entre actividad física y obesidad en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(1):34-41. Recuperado el 23 de marzo de 2019, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n1/mgi05112.pdf>

MSP. (2010). Ministerio de Salud Pública del Ecuador Coordinación Nacional de Nutrición - Guía de Actividad Física. *Introducción a la Guía de Actividad Física dirigida al Personal de Salud I*. Quito, Pichincha, Ecuador.

MSP. (2011). *NORMAS DE NUTRICIÓN para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes*. Recuperado el 21 de 01 de 2019, de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PREVENCIÓN%20PRIMARIA.pdf>

MSP. (2016). *Perfil de Mortalidad de Sexo*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>

MSP. (2017). *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2019, de Diabetes Mellitus tipo 2: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf

MSP. (2017). *Guía de Práctica Clínica (GPC) Diabetes Mellitus tipo 2*. Obtenido de Diabetes Mellitus tipo 2: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf

Naranjo Hernandez, Y. (2016). La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Rev. Finlay, Cienfuegos*, v. 6, n. 1, p. 1-2. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es&nrm=iso. accedido en 15 sept. 2019.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2015). *Sintomas y causas de la diabetes*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>

Ocampo, A. F. (septiembre-octubre de 2010). Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Sanid Milit Mex*, 64(5) 211 - 223. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm105c.pdf>

- Ogden CL, C. M. (2014). *Prevalence of childhood and adult obesity in the United States 2011-2012*. JAMA.
- OMS. (1994). *Glosario de terminos de alcohol y drogas*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS. (1995). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. *Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra. Obtenido de https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/
- OMS. (julio de 2002). *Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y derechos humanos*. Obtenido de Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos Nro.1: <https://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>
- OMS. (Mayo de 2004). Recuperado el 08 de Diciembre de 2017, de <http://apps.who.int/gb/>
- OMS. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado el 11 de 01 de 11, de 1.Dieta 2.Ejercicio 3.Promoción de la salud 4.Programas nacionales de salud 5.Cooperación internacional I.Título.: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/#>
- OMS. (octubre de 2006). *CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (2007). *Lograr la equidad en salud : desde las causas iniciales a los resultados justos : Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional*. Ginebra : Organización mundial de la salud. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/69671>
- OMS. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.
- OMS. (2010). *Día Mundial de la Salud*. Obtenido de Campaña del Día Mundial de la Salud : <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- OMS. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 09 de diciembre de 2017, de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.

- OMS. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Obtenido de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/index.html
- OMS. (2014). Obtenido de Sobrepeso y Obesidad Infantiles: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- OMS. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de “Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles”: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1&ua=1>
- OMS. (2016). *Mortalidad en Ecuador*. Obtenido de https://www.who.int/diabetes/country-profiles/ecu_es.pdf
- OMS. (2017). 10 datos sobre la actividad física. OMS. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS. (2017). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. OMS.
- OMS. (10 de Diciembre de 2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. Obtenido de Día de los Derechos Humanos 2017: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- OMS. (31 de Agosto de 2018). Alimentación Sana. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- OMS. (30 de octubre de 2018). *Diabetes*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- OMS. (24 de mayo de 2018). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado el 12 de septiembre de 2019, de Nota descriptiva: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- OMS. (16 de 02 de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Malnutrición: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- OMS. (16 de 02 de 2018). *Organización mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (16 de 02 de 2018). *Sobrepeso y Obesidad* . Obtenido de Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2019). *La Piramide Alimenticia de la OMS*. Obtenido de Piramide de los Alimentos: <https://piramidealimenticia.es/>
- OMS -OPS. (2014). etiquetado de alimentos procesados, política pública saludable de Ecuador, se presenta en reunión de Representantes de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1638:etiquetado-de-alimentos-procesados-politica-publica-saludable-de-ecuador-se-presenta-en-reunion-de-representantes-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-participan-representantes-d
- ONU. (Septiembre de 2015). *Organización de Naciones Unidad* . Obtenido de Objetivos de Desarrollo Sostenible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- ONU. (18 de 06 de 2018). Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018- 2025. *Buena nutrición toda una vida*. Quito, Pichincha, Ecuador. Recuperado el 09 de 01 de 19
- ONU, O. d. (10 de Diciembre de 1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- OPS. (07 de diciembre de 2012). *El derecho a una alimentación nutricionalmente adecuada e inocua*. Recuperado el 01 de 04 de 2019, de Mi voz cuenta día de los derechos humanos: https://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=757:el-derecho-a-una-alimentacin-nutricionalmente-adecuada-e-inocua&Itemid=504
- OPS. (14 de Noviembre de 2014). *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas* . Obtenido de En el Día de la Diabetes, expertos llaman a fortalecer la prevención y dar un mejor cuidado a los pacientes: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453:2012-diabetes-shows-upward-trend-americas&Itemid=1926&lang=es
- OPS. (2016). *www.paho.org*. Recuperado el 28 de octubre de 2019, de indicadores básicos de salud en las Américas: <https://www.paho.org/>
- PAHO. (2018). *INDICADORES BÁSICOS* . Obtenido de Situación de Salud en las Américas: <https://www.paho.org/>

- Pérez, J. C. (2015). Validación de la Escala Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) en población chilena adulta consultante en Atención Primaria. *Aquichan*, 15(4), 486-498.
- Pfizer. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de *Illforo diálogos Pfizer* - *Pacientes*: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Piaggio, L. R. (2016). El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud. *Scielo - Salud Colectiva*, 12, 605-619.
- Pisetsky, E. M. (2012). Disordered eating and substance use in high-school students. *41(5)*, 464-470.
- Powley TL, K. R. (1970). Relationship of body weight to the lateral hypothalamic feeding syndrome. *J Comp Psycho*, 70: 25-36.
- R. LLanes de Torres. (oct./nov de 2002). Diabetes Mellitus Nuevas evidencias en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Scielo*, vol.12(no.9). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000900006
- R. Polsdorfer. (2010). *Factores de riesgo para la obesidad*. Obtenido de <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947abca6797a602&chunkid=123429>
- Ramírez Ordoñez, M., Ascanio Carvajalino, M., Coronado Cote, M., Gómez Mora, C., Mayorga Ayala, L., & Medina Ospino, R. (2011). Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y Cuidado*, 8(1). Disponible: https://www.researchgate.net/publication/265674144_Estilo_de_vida_actual_de_los_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_2
- Ramirez Velez , R., & Agredo, R. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Rev. salud pública [online] Scielo*, pp.226-237. ISSN 0124-0064. Recuperado el 18 de 01 de 2020, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642012000200004&script=sci_abstract&tlng=es
- Revasco, P. A. (Octubre de 2010). Red de malnutrición de Iberoamérica del programa de ciencia y Tecnología para el desarrollo. *Métodos de valoración del estado nutricional*. *Post* (25)3, 1-60.
- Reyes, F. y otros (2016) Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *ccm vol.20 no.1* Holguín ene.-mar. 2016. Recuperado:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009

- Rodrigo Yopez, F Carrasco, & ME Baldeón. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. *Arch Latinoamericano de Nutrición*, 58(2):139-143.
- Romero Márquez, R. S., Díaz Veja, G., & Romero Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 9 (2): 125-136. Recuperado el 12 de septiembre de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
- Sagrario Martín-Aragón, E. M. (2008). La nutrición del adolescente. Hábitos saludables. *ELSEVIER*, 7-59.
- SAN. (2016). Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de <https://plataformacelac.org/pais/ecu>
- Sánchez Valencia, N. (2016). *ESTILO DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO SAN VICENTE PAUL ESMERALDAS 2016*. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/885/1/SANCHEZ%20VALENCIA%20NIURKA.pdf>
- Soca, P. E., & Peñal, A. N. (04 de 10 de 2009). Consecuencias de la obesidad. *Revista SCielo*, 20(4): 84-92. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006
- Stunkard, A., Lafleur, W., & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22:1141-1144.
- Tamayo Tamayo, M. (2007). Tipo de Investigación. *Abouhamad, Apuntes de investigación en ciencias sociales*, 52. Recuperado el 29 de octubre de 2019, de https://trabajodegradoucm.weebly.com/uploads/tipos_de_investigacion
- Terechenko Luhers, N. S., Baute Geymonat, A. E., & Zamonsky Acuña, J. N. (febrero de 2014). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *BIOMEDICINA*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
- Torres-Mallma, C. y otros (2016) Hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de primer y sexto año de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev. chil. nutr.* vol.43 no.2 Santiago jun. 2016 Recuperado: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200006

- TulchinskyTH, Varavikova EA. (2000). *The new public health. An introduction for the 21st Century*. San Diego: Press.
- Vásquez Vásquez, A. L., & Li Loo kung, C. (2014). "Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria III Essalud. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4685/Delia_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vives IAE. (s.f.). *Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria*. Obtenido de Psicología científica: www.psicologiacientifica.com
- Wajchenberg, B. L. (2000). Subcutaneous and Visceral Adipose Tissue: their relationship to the Metabolic Syndrome. *Endocrine Reviews*, 21(6):697-738.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (25 de Septiembre de 2014). Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337:869-873.
- Winslow CEA. (1923). *The evolution and significance of the modern public health campaigns*. . New Haven: Yale University.
- Yépez, R., Carrasco, F., & Baldeón, M. E. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes ecuatorianos del área urbana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 139-143. Recuperado el 07 de Diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000200004&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Lcdo. Orozco Villarruel Luis Ricardo, estudiante de la maestría de Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro. La misma que trata sobre: **ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO, 2019.** Si usted permite acceder a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente entre 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lcdo. Orozco Villarruel Luis Ricardo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es **Determinar los Estilos de Vida en Pacientes con Diabetes Tipo II que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Babahoyo, 2019.** Me han indicado también que tendrá que responder una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que mi representado provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Lcdo. Orozco Villarruel Luis Ricardo al teléfono 0982904934.

Nombre del Participante

Fecha

ANEXO 2



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA

INSTRUMENTO DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE USUARIOS CON DIABATES MELLITUS TIPO 2.

Esta es una ficha de caracterización, diseñado para conocer los datos generales de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque E.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO, 2019. elaborado por el LCDO. OROZCO VILLARRUEL LUIS RICARDO**”.

INSTRUCCIONES: Le agradecemos que lea cuidadosamente, registre su edad en años y marque con una (X) los datos que a continuación se solicitan:

CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad: 30-39 () 40-49 () 50-59 () >60 ()

2. Sexo: Femenino () Masculino ()

3. Nivel de Escolaridad: No sabe leer ni escribir ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4. Ocupación: Trabajo de oficina ()

Trabajo de campo ()

QQDD ()

5. Condición de Salud – Complicaciones: Retinopatía ()

Neuropatía ()

Pie diabético ()

Ninguno ()

6. Tiempo de evolución de la diabetes: 5-9 años ()

10-14 años ()

ANEXO 3



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA

ESCALA IMEVID PARA MEDIR LOS ESTILOS DE VIDA EN EL DIABÉTICO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ““ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ENRIQUE PONCE LUQUE. BABAHOYO, 2019.”

INSTRUCCIONES: Marcar con un aspa (X) la casilla que usted considere que es su respuesta en cada pregunta, por favor sea sincero (a) en las respuestas que va a brindar.

Nº	I. HÁBITOS NUTRICIONALES			
1	¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días	Algunos días	Casi nunca
2	¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días	Algunos días	Casi nunca
3	¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1	2	3 o mas
4	¿Cuántas tortillas come al día?	0-3	4-7	7 o mas
5	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6	¿Agrega sal a los alimentos cuando está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
7	¿Consume gaseosa en las 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	Frecuentemente
II. ACTIVIDAD FÍSICA				
10	¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	3 a 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	Trabajo en casa	Ver televisión
III. TOXICOMANIAS				
13	¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo diario
14	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o mas
15	¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 o más veces por semana
16	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma al día?	Nunca	1 a 3	3 o mas
IV. INFORMACIÓN SOBRE LA DIABETES				
17	¿A cuántas pláticas para personas diabéticas a asistido?	4 a mas	1 a 3	Ninguna
18	¿Trata de obtener información sobre diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
V. ESTADO EMOCIONAL				
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
VI. ADHERENCIA TERAPÉUTICA				
22	¿Hace su máximo esfuerzo para controlar su diabetes ?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23	¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24	¿Olvida aplicar sus medicamentos para diabéticos o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
25	¿Sigue las instrucciones médicas que se indica para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

ANEXO 4



ANEXO 5

