UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciado en Enfermería

AUTORÍA

Byron David Garrochamba Peñafiel

DIRECTORA:

Lic Miriam Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2020

Certificación

Lic. Mirian Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado "**ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA**" de autoría del Sr. Byron David Garrochamba Peñafiel, egresado de la Carrera de Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente, autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal.

Loja 20 de julio del 2020

Lic. Mirian Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, **Byron David Garrochamba Peñafiel**, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Byron David Garrochamba Peñafiel

Firma.....

Cedula: 1105664013

Fecha: 20 de julio del 2020

Carta de autorización

Yo, Byron David Garrochamba Peñafiel, declaro ser autor de la tesis titulada

"ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA" como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería.

Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido, en el repositorio digital institucional – Biblioteca Virtual.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 20 dias del mes de julio del dos mil veinte, firma el autor.

Firma.....

Autor: Byron David Garrochamba Peñafiel

Cedula: 1105664013

Dirección: Cdla. Colinas del Norte

Correo Electrónico: byron.garrochamba@unl.edu.ec

Celular: 0979469698

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Mirian Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente: Lic. Rosa Amelia Rojas Flores, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Diana Maricela Vuele Duma, Mg. Sc.

Vocal: Ing. Eduardo González Estrella, Mg. Sc.

Dedicatoria

A Dios,
Por darme la vida y ser la luz y fortaleza que alumbra mi camino

A mis Padres,
Por su apoyo, comprensión, amor y entrega en todos los momentos de mi vida, gracias por apoyarme a culminar mi carrera universitaria y por ayudarme a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio.

A mis hermanos,
Por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

Lic. Mirian Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc.
Por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

Byron David Garrochamba Peñafiel
El Autor

Agradecimiento

Al culminar el presente proyecto de tesis quiero agradecer a Dios, por brindarme salud, sabiduría, perseverancia en el transcurso de mis estudios.

Agradezco de forma infinita, a la Universidad Nacional de Loja, la Facultad de la Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus autoridades y docentes que me han impartido sus enseñanzas durante el desarrollo de la carrera, permitiéndome formarme con riqueza de conocimientos y valores.

A la directora de mi tesis Lic. Miriam Esperanza Analuca Cajamarca, Mg. Sc., quien me apoyó en la elaboración de la investigación en todas sus etapas, por su paciencia, generosidad, y comprensión hacia mi persona.

Al Director del Hospital General IESS Machala Dr. Cristian Cajas Carvajal, al Dr. Roberto Robalino presidente del "Club de Diabéticos" donde se me dio apertura para realizar mi trabajo de investigación.

A mi familia, que siempre estuvo apoyándome en todo momento y a mis amigos más cercanos.

¡Gracias!

Indice

Cáratula i
Certificación ii
Autoría iii
Carta de autorización iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Indice vii
1. Título 1
2. Resumen 2
3. Introducción 4
4. Revisión de Literatura 6
4.1 Diabetes mellitus de tipo 2 6
4.2 Fisiopatología 6
4.3 Factores de riesgo 6
4.3.1 Factores de riesgo no modificables 6
4.3.2 Factores de riesgo modificables 7
4.4 Cuadro clínico 8
4.5 Diagnóstico 8
4.6 Tratamiento 9
4.6.1 Tratamiento farmacológico de inicio, monoterapia. 9
4.6.2 Doble terapia farmacológica. 9
4.6.3. Triple terapia farmacológica. 9
4.6.4. Insulinoterapia. 9
4.7. Complicaciones 10
4.7.1 Retinopatía diabética 10
4.7.2 Nefropatía diabética 10
4.7.3 Neuropatía diabética 10
4.7.4 Pie diabético 10
4.8 Estilos de vida 11
4.8.1 Tipos de estilos de vida 11

4.9 Estilos de vida en Diabéticos.....11
4.9.1 Dieta.....12
4.9.2 Alcohol.....13
4.9.3 Cigarrillo.....14
4.9.4 Papel de la actividad física o ejercicio.....15
4.9.5 Educación sobre diabetes.....15
4.9.6 Manejo del estrés (aspecto emocional).....16
4.9.7 Adherencia al tratamiento y control médico.....17
5. Materiales y Métodos.....18
6. Resultados.....20
7. Discusión.....24
8. Conclusiones.....26
9. Recomendaciones.....27
10. Bibliografía.....28
11. Anexos.....32
.....36

Indice de tablas

Tabla 1. Caracterización Sociodemográfica del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala.....20
Tabla 2. Estilos de vida en los pacientes que asisten al "Club de Diabéticos" del Hospital IESS Machala.....22
Tabla 3. Dimensiones de los Estilos de vida en el "Club de Diabéticos" del Hospital IESS Machala.....23

1. Título

Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala

2. Resumen

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en sangre de manera persistente o crónica. El manejo del estilo de vida es un pilar fundamental para el cuidado de la diabetes e incluye; la dieta, la actividad física, el no consumo de tabaco y alcohol, conocimiento sobre la enfermedad, atención psicosocial y adherencia al tratamiento terapéutico; para ello el individuo debe adoptar conductas saludables que comprometan de manera directa a mejorar su salud; una conducta no saludable puede tener secuelas negativas e incluso comprometer seriamente la vida del individuo. La presente investigación fue realizada en el "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala. Tuvo el objetivo de identificar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2. Corresponde a un estudio de tipo Descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal, la técnica utilizada fue la encuesta IMEVID, empleada para medir estilos de vida en pacientes diabéticos. La población total fueron 50 pacientes y se trabajó con la totalidad de ellos. Se determinó, que el sexo del grupo de estudio es el masculino, con un rango de edad mayor a 65 años, el nivel de instrucción es primaria, la ocupación, en su mayoría son jubilados y se dedican a actividades del hogar. Además, el 62 % tiene un estilo de vida muy saludable, el 36 %; un estilo de vida saludable y el 2 % un estilo de vida poco saludable.

Palabras clave: Estilo de vida, Hiperglicemia, Nutrición, Tratamiento-Médico.

Summary

Diabetes mellitus (DM) is a group of metabolic disorders, which share the common characteristic of persistently or chronically high blood glucose levels. Lifestyle management is a fundamental pillar of diabetes care and includes diet, physical activity, non-use of tobacco and alcohol, knowledge about the disease, psychosocial care and adherence to therapeutic treatment. To achieve this, the individual must adopt healthy behaviors that directly compromise his or her health; unhealthy behavior can have negative consequences and even seriously compromise the individual's life. This research was conducted at the "Club de Diabéticos" of the General Hospital IESS Machala. It had the objective of identifying the lifestyle of patients with Diabetes mellitus type 2. It corresponds to a Descriptive type study, quantitative and cross-sectional approach, the technique used was the IMEVID survey, used to measure lifestyles in diabetic patients. The total population was 50 patients and all of them were worked on. It was determined that the sex of the study group is male, with an age range of over 65 years, the level of education is primary, the occupation, most are retired and engaged in household activities. In addition, 62% have a very healthy lifestyle, 36% a healthy lifestyle and 2% an unhealthy lifestyle.

Keywords: Quality of life, Lifestyle, Nutrition, Medical Treatment

3. Introducción

La diabetes mellitus de tipo 2 se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento en la morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de cada uno de los países (Casal y Pinal, 2014).

En todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes y, en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina, sin haber sido aún diagnosticados. De no emprenderse ninguna acción, el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones en 2011 hasta 552 millones en 2030 (Vargas y Casas, 2016). En América Latina se contabilizan 26 millones de diabéticos, con una proyección para el año 2045 de 41 millones, lo que equivale a un incremento del 62%. La DM se ubica como tercera causa de muerte entre los 55 y 65 años, todo esto como consecuencia de patrones de conducta poco saludables como: el consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, el sedentarismo y la poca actividad física; estos factores incrementan la tasa de sobrepeso y obesidad, las cuales son las causas principales del aumento de la diabetes mellitus (Brajkovich et al., 2019).

El manejo del estilo de vida es un pilar fundamental para el cuidado de la diabetes. La OMS define el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos (Salvador, Díaz, y Romero, 2011).

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina. La diabetes mellitus junto con las enfermedades isquémicas del corazón, dislipidemias y la enfermedad cerebro vascular, aportan la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas (MSP, 2017).

Asi mismo Chisaguano y Ushiña (2015) realizaron un estudió sobre: “Estilos de vida en los pacientes con diabetes de tipo 2 en el centro de salud N°1, Latacunga”, determinando que la alimentación no es saludable, por lo que agregan sal y azúcar a sus comidas todos los días y en míninas cantidades consumen verduras. Además, no siguen las instrucciones médicas, lo que ha provocado que el grupo estudiado, presente complicaciones crónicas en su salud como: retinopatía diabética, problemas cardiovasculares y pie diabético, esto como consecuencia de un patrón de conducta no saludable.

Álvarez y Bermeo (2015) determinaron en su estudió sobre “Estilos de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en la Fundación Donum Cuenca”, que el 57,2% poseen un estilo de vida saludable, refiriendo que los estilos de vida saludables estuvieron influenciados por la preocupación permanente de los pacientes por mantener conductas saludables, el apoyo familiar y las consejerías brindadas por los profesionales de Enfermería.

Según los datos estadísticos facilitados por el INEC, (2014) se puede evidenciar que en la Provincia del Oro, existen 5.505 casos de diabetes de tipo 2, de los cuales el 52 % pertenecen al género femenino y el 48% al género masculino. Por lo cual, se estima que la diabetes constituye la tercera causa de mortalidad en la provincia , seguido de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, que ocupan la primera y segunda posición, respectivamente.

Ademas, el Hospital General IESS Machala en su perfil epidemiológico (2018) muestra que las principales causas de hospitalización fueron: cálculo de vesicular biliar (14.8%), parto por cesárea (12.9%), DM no insulinodependiente con o sin complicaciones (9.32%) siendo esta la tercera causa de hospitalización más frecuente. En este contexto, se reconoce que el origen principal de la DM se asocia a los estilos de vida poco saludables como: el exceso en la ingesta de carbohidratos, grasas, el sedentarismo, falta de actividad fisica, consumo de alcohol y tabaco, y un inadecuado cumplimiento terapéutico.

La presente investigación se enfocó en determinar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2, que asisten al “Club de Diabéticos” del Hospital General IESS Machala. Y los objetivos específicos fueron: a) Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio, b) Identificar el estilo de vida en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala, c) Conocer el estilo de vida, según sus dimensiones en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.

4. Revisión de Literatura

4.1 Diabetes mellitus de tipo 2

La DM2 es una enfermedad metabólica compleja, de origen multifactorial, que se caracteriza por una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) y por una alteración en el metabolismo de la glucosa, debido a una reducción y resistencia a la insulina. La resistencia a la insulina se define, como la disminución de la capacidad de esta hormona (insulina) para ejercer sus funciones en los tejidos diana típicos, como el músculo esquelético, el hígado o el tejido adiposo (Candela y Samara, 2010).

4.2 Fisiopatología

La Fisiopatologia de la DM2 es multifactorial, e intervienen factores genéticos y ambientales. desde el punto de vista fisiopatológico en la DM2 es posible observar tres fases bien definidas:

a. Aparición de un estado de insulino resistencia periférica a la insulina, generalmente asociada a valores de normoglicemia.
b. Una segunda fase asociada a una insulino resistencia más marcada a nivel de tejidos periféricos (músculo, tejido adiposo) donde existe una sobreproducción de insulina que no alcanza a controlar la homeostasis de glucosa (hiperglicemia posprandial).
c. Una fase final, asociada a una declinación en el funcionamiento de las células β pancreáticas, donde disminuye la síntesis de la hormona apareciendo la hiperglicemia en ayuno, fenómeno que se traduce como la totalidad del fenotipo DM2.

4.3 Factores de riesgo

Según la OMS (2018) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

4.3.1 Factores de riesgo no modificables

Serafin (2016) menciona entre los factores de riesgo no modificables de padecer diabetes de tipo 2 incluyen:

- *Edad.* - La prevalencia de DM2 es mayor a partir de los 40 años, y aumenta en la tercera edad.

- *Raza/etnia*. -El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza blanca que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskeños, hawaianos, etc.).
- *Antecedentes familiares.* - Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces, mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- *Antecedentes de Diabetes mellitus gestacional*. Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición,
- *Síndrome del ovario poliquístico*. - Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones.

4.3.2 Factores de riesgo modificables

- *Obesidad. L*a obesidad (índice masa corporal IMC. $\geq$ 30 kg/m^2) y sobrepeso (IMC. de 25-30 kg/m^2) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades, provocando resistencia a la insulina.
- *Sedentarismo.* Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DM. La actividad física de intensidad moderada reduce la incidencia de nuevos casos de DM2 independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la glucosa, como han demostrado diversos estudios.
- *Tabaquismo*. El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente de dosis, cuantos más tabacos, mayor es el riesgo de desarrollar diabetes.
- *Patrones dietéticos.* Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares.
- *Condicionantes clínicos de la DM2*. Los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada, La hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y el ictus también se asocian con mayor riesgo de DM2.

En cuanto a la DM *inducida por fármacos*, los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina se asocian a un mayor riesgo de desarrollar Diabetes mellitus de tipo 2; al igual que otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), entre otros (Hernández, Batlle y Martínez, 2016).

4.4 Cuadro clínico

Los síntomas típicos de la diabetes incluyen: Polidipsia (sed excesiva), poliuria (aumento de la frecuencia urinaria), polifagia (hambre excesiva) cansancio, visión borrosa o pérdida involuntaria de peso. Sin embargo, muchas personas con diabetes de tipo 2 no presentan síntomas y la enfermedad se presenta después de que el paciente ha sufrido algún problema médico como elevación de la presión arterial, haber sufrido un infarto de miocardio o una trombosis cerebral (Ribera, 2010).

4.5 Diagnóstico

Los últimos criterios para el diagnóstico de diabetes establecidos en 2015 según la Asociación Americana de la Diabetes son los siguientes:

- HbA1C ≥ 6,5%. La prueba debe ser realizada en un laboratorio, usando el método certificado por el National Glycohemoglobin Standarization Program y estandarizado por el ensayo DCCT (Diabetes Control and Complications Trial).
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL. El ayuno se define como la falta de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- Dos glucemias ≥200 mg/dL durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Esta prueba debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Una glucemia al azar ≥200 mg/dL (en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica).

La realización de tests de diagnóstico de DM se debe llevar a cabo en personas asintomáticas de cualquier edad que presenten sobrepeso u obesidad y que tienen algún factor de riesgo adicional como: antecedentes familiares con DM. En personas sin factores de riesgo adicionales, la realización de un test diagnóstico es aconsejable a partir de los 45 años de edad. Si los resultados son normales se deben repetir cada 3 años (Hernández, Batlle y Martínez, 2016).

4.6 Tratamiento

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca a los rangos normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. Los pilares sobre los que se ha basado el tratamiento de la Diabetes mellitus en los últimos años son la dieta, el ejercicio físico, la educación del paciente, la insulina y los hipoglucemiantes orales. Estos aspectos continúan evolucionando y desarrollándose, para conseguir realmente el objetivo básico de tratamiento (Serafín, 2016).

4.6.1 Tratamiento farmacológico de inicio, monoterapia

Se recomienda utilizar metformina como primera opción de tratamiento. Para mejorar la tolerancia y minimizar el riesgo de efectos gastrointestinales, es conveniente administrarla con alimentos y titular la dosis.

4.6.2 Doble terapia farmacológica

En pacientes con niveles de HbA_{1c} superiores a 9% en el momento del diagnóstico, puede considerarse el inicio de tratamiento con doble terapia, reevaluando la necesidad de mantenerla según los valores de HbA_{1c} de siguientes controles.

Los fármacos a añadir a metformina pueden ser sulfonilureas, glitazonas, inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4 (DPP4i).

4.6.3. Triple terapia farmacológica

Cuando el control con dos fármacos sea insuficiente puede añadirse un tercero (triple terapia oral), agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo (arGLP1) en pacientes con obesidad o bien insulina basal.

4.6.4. Insulinoterapia.

En pacientes con hiperglucemia sintomática (≥ 300 mg/dl), cetonuria, pérdida de peso o embarazo debe iniciarse tratamiento con insulina y metformina, con titulación progresiva de dosis. También en pacientes con tratamiento oral en los que se opte por la insulinización, se recomienda mantener la metformina. En el caso de las sulfonilureas y/o glinidas, se debe reducir la dosis y valorar la suspensión del tratamiento según evolución clínica y riesgo de hipoglucemia (Rodriguez, 2010, p.38).

4.7. Complicaciones

4.7.1 Retinopatía diabética

La retinopatía se define como afectación microvascular de la retina, es la complicación más específica de la diabetes. Esta se caracteriza por visión borrosa (catarata o edema macular), cuerpos flotantes o luces brillantes en el campo visual, dolor ocular (glaucoma) o visión doble (mononeuropatía). El control óptimo de la glucemia y de la presión arterial han demostrado ser de mayor utilidad en la prevención primaria y secundaria de la retinopatía diabética. El hábito tabáquico, la hipertensión arterial y las dislipemias son patologías asociadas frecuentes y que incrementan el riesgo de morbilidad ocular (Miladinova y Sanchez, 2010).

4.7.2 Nefropatía diabética

La nefropatía diabética es la complicación microangiopática de la diabetes mellitus con mayor repercusión clínica y social. El desarrollo de esta patología depende de la duración de la diabetes mellitus, del grado de control de la hiperglucemia, de la hipertensión arterial concomitante y de factores genéticos. Se producen cambios en la membrana glomerular que llevan a la disminución de su carga negativa y el aumento de los diámetros de los poros. Por otra parte, y a consecuencia de la hiperglucemia, se produce un aumento de la presión intraglomerular. El resultado es un aumento de la filtración de albúmina, primero en forma de albuminuria (30-300mg/día) y posteriormente, proteinuria establecida (Paredes, 2014).

4.7.3 Neuropatía diabética

Se puede definir como una complicación crónica de la diabetes caracterizada por la presencia de signos y/o síntomas de disfunción nerviosa periférica. La diabetes puede afectar el sistema nervioso central y al periférico. La repercusión más frecuente es la distal, sensitiva o sensitivo-motora. Se manifiesta por síntomas tales como dolor, quemazón, hormigueos o calambres. Otros síntomas de enfermedad vascular periférica son el dolor en reposo, o la frialdad en los pies por disminución del flujo sanguíneo (Miladinova y Sanchez, 2010).

4.7.4 Pie diabético

El pie diabético se caracteriza por la presencia de lesión y la pérdida de continuidad de la piel o úlcera. Esta condición es el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad. Habitualmente no es por sí sola la causa de ulceración sino que suele asociarse a neuropatía y a un traumatismo. Sin embargo, la presencia de vasculopatía dificulta la cicatrización y el control de la posterior infección al no poder satisfacer el aumento de la demanda circulatoria, con lo cual aumenta el riesgo de amputación (Candela y Samara, 2010).

4.8 Estilos de vida

La OMS define el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos (Salvador, Díaz, y Romero, 2011, p.129).

4.8.1 Tipos de estilos de vida

Existen diferentes estilos de vida: Los saludables y No saludables.

4.8.1.1 Estilo de vida saludable.

Se define como *estilo de vida saludable* a las conductas, opiniones, entendimientos, hábitos y actividades de los individuos para sostener, establecer y mejorar su salud. Estos son productos de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente, sino además de la historia personal del sujeto.

4.8.1.2 Estilo de vida no saludable

El *estilo de vida no saludable*, tiene relación a la forma de actuar, que suponen una amenaza para el confort físico y psicológico, generando secuelas negativas para la salud del individuo. Las conductas no saludables son los factores de riesgo para la salud, en la actualidad son: el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, la mala alimentación, automedicarse y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud (Báez, Hernández, Flores y Sánchez, 2011, p.11).

4.9 Estilos de vida en Diabéticos.

El manejo de un adecuado estilo de vida en el paciente diabético tiene un gran impacto en las complicaciones agudas y crónicas, el paciente diabético debe desarrollar conductas saludables especialmente en aspectos relacionadas con: alimentación, actividad física, evitar el consumo de alcohol, tabaco y otro tipo de drogas, participar en actividades recreativas, relaciones interpersonales, actividades laborales. El estilo de vida constituye un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, especialmente lo relacionado con la dieta, actividad física, administración del medicamento y de insulina para el control de su enfermedad (Powers y Bardsley, 2018, p. 40).

Entre los principales componentes del estilo de vida se encuentran:

4.9.1 Dieta

La *dieta* constituye un aspecto crucial para el manejo de la diabetes, que puede incluir dieta sola, dieta con medicamentos hipoglucemiantes orales o dieta con insulina. La dieta se individualiza dependiendo de la edad, peso, sexo, la condición de salud y ocupación, etc. Las pautas dietéticas utilizadas en esta revisión son declaraciones de asesoramiento dietético que brindan información rápida para el manejo de la población diabética, (Asif, 2014, p.5).

Además, el efecto beneficioso del patrón dietético sobre la diabetes mellitus, el metabolismo de la glucosa en general y el patrón alimentario tradicional se asoció con una reducción significativa en el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2. El patrón de la dieta enfatiza el consumo de grasas principalmente de alimentos ricos en ácidos grasos insaturados, y motiva el consumo diario de frutas, verduras, productos lácteos bajos en grasa, granos integrales, bajo consumo de pescado, aves, nueces, legumbres y bajo consumo de carnes rojas (Diair, Molena, Soares, Silva, y Nakamura, 2008).

También la composición de la dieta es uno de los patrones dietéticos más conocidos por su beneficio y efectos sobre la salud humana, que actúa beneficiosamente contra el desarrollo de diabetes de tipo 2, incluida la reducción del estrés oxidativo y resistencia a la insulina. Las dietas se caracterizan por un bajo grado de densidad energética en general; dicha dieta previene el aumento de peso y ejerce un efecto protector sobre el desarrollo de la diabetes de tipo 2 (Asif, 2014).

4.9.1.1 Directrices dietarias generales.

Jaramillo (2018) afirma:

"El manejo dietético moderno de la diabetes implica esencialmente modificaciones de la calidad y cantidad de alimentos a ser tomados por el paciente diabético"(p.4).

Las siguientes pautas son aplicables a la diabetes independientemente del tipo, peso, edad, género u ocupación.

- La mayoría de los carbohidratos consumidos deben estar en forma de almidón (polisacáridos) como el maíz, el arroz, frijoles, pan, papas, etc.
- Todos los azúcares refinados como glucosa, sacarosa y sus productos (refrescos, dulces, etc.) debe evitarse, excepto durante una enfermedad grave o episodios de hipoglucemia. Estos alimentos contienen azúcar, que se absorben fácilmente causando un rápido aumento de azúcar en la sangre.
- Edulcorantes no nutritivos, por ejemplo, canderel, sacarina, NutraSweet, el aspartamo son sustitutos del azúcar adecuados para sujetos diabéticos.

- Grasa animal como mantequilla, manteca de cerdo, yema de huevo y otros alimentos. alto en ácidos grasos saturados y colesterol deben ser reducidos al mínimo y ser reemplazados por aceites vegetales, particularmente grasas poliinsaturadas.
- El consumo de sal debe reducirse, sean personas hipertensas o no.
- Proteína (pescado, carne, frijoles, cangrejo, soya, pollo, etc.) y la sal están restringidos para aquellos con nefropatía diabética.
- Los alimentos permitidos para consumo gratuito incluyen: agua, verduras, tomates, cebollas, pepinos, pimientos, ensalada de verduras sin crema. Alguna marca de té, café o bebidas que contienen muy poco o nada de calorías.
- En pacientes demasiado enfermos, el consumir alimentos sólidos, líquidos o semisólidos implica una dieta sustituida (papaya, soya, natillas, etc).
- Pacientes tratados con insulina o ciertos hipoglucemiantes orales. agentes, p. ej., se debe recomendar las sulfonilureas.
- Comer regularmente y a menudo para prevenir la hipoglucemia: 3 comidas al día más aperitivos adecuados, por ejemplo, frutas frescas.
- Comidas pequeñas espaciadas durante el día, en lugar de 1 o 2 grandes comidas, son útiles para evitar picos posprandiales en glicemia.

Además, cuando los pacientes diabéticos con sobrepeso pierden algo de peso al reducir el "tamaño de las porciones" y las calorías, la sensibilidad a la insulina mejora, optimizando así la terapia con medicamentos. El principio fundamental detrás del mantenimiento del peso corporal es el equilibrio energético. Se debe alentar al grupo a mantener un peso ideal: manteniendo los tamaños de porción actuales, comiendo aproximadamente la misma cantidad de alimentos cada día, comiendo a la misma hora cada día, tomando sus medicamentos a la misma hora cada día y haciendo ejercicio a la misma hora cada día, esto permitirá que el nivel de glucosa en sangre este controlada (Asif, 2014, p.7).

4.9.2 Alcohol

El *alcohol*, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad (Molina, 2016).

El consumo de alcohol, por parte de los pacientes con Diabetes, hace que el manejo de la enfermedad se dificulte, consiguiéndose un inadecuado control en los niveles de glucosa.

También, el diabético debería tener en cuenta, los efectos generales que produce el alcohol, aquellos otros que pueden afectar a la regularidad de sus hábitos y, sobre todo, a los que afectan directamente a los niveles de azúcar en sangre.

Cualquier bebida alcohólica contiene una cantidad considerable de azúcar, por lo que es normal que un paciente diabético dude acerca de la conveniencia de tomar, por ejemplo, una copa de vino. Una persona sin ningún tipo de enfermedad metaboliza unos 7 gramos de alcohol a la hora. Si supera esta ingesta, el exceso de alcohol pasa a la sangre y se convierte en un tóxico que el hígado intenta eliminar, de tal forma que mientras metaboliza el alcohol deja de metabolizar la glucosa, pudiendo desencadenar en hipoglucemia (Solís, Castillo, y López, 2009).

Por otro lado, las hipoglucemias producidas por consumo de alcohol no se corrigen con glucagón, por lo que la única solución es comer y aportar azúcar, además es importante saber que siempre existe el riesgo de hipoglucemia tardía Estas hipoglucemias tardías pueden aparecer hasta 36 horas después de haber bebido, y puede ser moderada o intensa en personas que han comido poco o nada (Molina, 2016).

4.9.3 Cigarrillo

El *tabaco* se relaciona como factor etiológico con el desarrollo de la diabetes de tipo 2 por su influencia en la modificación de la sensibilidad de los receptores de la insulina, esto debido al mecanismo que involucra el efecto tóxico que tienen los componentes del humo del tabaco en el páncreas, órgano donde se encuentran las células beta, que producen insulina y también como factor desencadenante o agravante de las complicaciones vasculares de la diabetes (López, Hernández, Miralles y Barrueco, 2017).

El consumo de tabaco ejerce un efecto nocivo en los pacientes con diabetes mellitus, acelerando las complicaciones crónicas, tanto micro como macrovasculares. El tabaquismo activo está asociado con un significativo incremento en el riesgo de mortalidad global y cardiovascular, así como el cese de fumar produce una reducción del riesgo (Soto, 2017, pp.222-224).

4.9.4 Papel de la actividad física o ejercicio.

La *actividad física* ayuda a las células del cuerpo a absorber la glucosa y así disminuir los niveles de glucosa en sangre. También el ejercicio disminuye el colesterol total, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y eleva la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL. Además existe menor riesgo de hipertensión arterial y reduce los niveles de estrés.

Caminar es una de las formas más fáciles y saludables de hacer ejercicio, esta es una actividad a realizar sin equipo especial y con poco riesgo de lesiones. Es importante mantener equilibrio entre la actividad física, medicación y la ingesta apropiada de alimentos (Álvarez, Escalante y Navarro, 2006).

4.9.5 Educación sobre diabetes.

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con su enfermedad. Las personas con diabetes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Los servicios de salud públicos y privados deben entregar programas de educación en diabetes desde que el paciente ha sido diagnosticado con esta patología, hacia adelante. Además, hay que considerar que todos los escenarios pueden ser una buena instancia para la educación en diabetes; una hospitalización, la consulta con el podólogo, visita al dentista, etc (Pilar, 2016).

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes: comer sano, ser físicamente activo, seguimiento y control, toma de medicamentos. resolución de problemas, reducción de riesgos y afrontamiento saludable.

Los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal.

4.9.5.1 Educación individual.

La educación individual es adecuada desde el inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento, es un proceso dinámico donde existe una variada entrega de conocimientos que genera una interactiva relación terapéutica con el educador y se protege la intimidad del paciente.

4.9.5.2 Educación grupal.

Este tipo de sesiones educativas deben ser planteadas en grupos pequeños. En estas actividades pueden estar incluidas las familias y/o redes de apoyo del paciente. Las ventajas de las actividades grupales residen en que se entregan conocimientos y experiencias de otros pacientes. El educador debe crear un clima de aceptación para que ellos puedan expresarse libremente. Además, en estas actividades se pueden incluir a pacientes con diabetes que se han preparado como educadores.

4.9.5.3 Educación en diabetes, un proceso continuo.

"Cada programa de educación en diabetes se considera un proceso continuo y renovado, tomando en cuenta las necesidades individuales de los pacientes" (Pilar, 2016, p.25).

4.9.6 Manejo del estrés (aspecto emocional)

Las *emociones* son procesos psicológicos que nos prestan un valioso servicio, al hacer que nos ocupemos de lo que realmente es importante en nuestra vida. Como si fuera un sistema de alarma, nos señalan las cosas que son peligrosas o aversivas, y que por tanto debemos evitar, así también las situaciones agradables o apetitivas, y a las que debemos acercarnos (Fernández y Jiménez, 2012).

Cuando una persona recibe la noticia que padece diabetes mellitus se desencadena en ella una serie de reacciones, en ocasiones contradictorias, que varían según la edad, el sexo, las referencias que tenga de la enfermedad, el tipo de DM y la forma de presentación. Pueden manifestarse estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, por lo que dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de la comunicación del diagnóstico, se desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico (Ledon, 2012).

También, la depresión en la diabetes es muy común y es distinta de otros trastornos psicológicos. La depresión por diabetes, se refiere a reacciones psicológicas negativas significativas, relacionadas con las cargas emocionales y las preocupaciones específicas de la experiencia de un individuo; al tener que manejar una enfermedad crónica severa, complicada y exigente, como la diabetes.

La depresión en la diabetes implica un seguimiento rutinario usando medidas validadas apropiadas para el paciente. Si se identifica depresión, la persona debe ser derivada para recibir educación específica sobre diabetes, abordar áreas de autocuidado y aspectos relevantes que impactan el manejo clínico. Los pacientes con afectación de autocuidado posterior a la educación personalizada sobre diabetes, deben ser derivadas por su equipo de atención, a un proveedor de salud conductual para su evaluación y tratamiento (Powers y Bardsley 2018).

4.9.7 Adherencia al tratamiento y control médico.

La adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito.

Se considera que un paciente es adherente al tratamiento cuando presenta una tasa del 80-120% de cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad. La medición del cumplimiento debe realizarse de manera periódica incluyendo las pautas de conducta y la prescripción farmacológica. Lo más recomendable es preguntar al paciente, contar comprimidos, el uso de la receta electrónica, cumplimentación de test estandarizados como el test de Hayness-Sackett o Morisky-Green y el control de la dispensación en farmacia (Orozco et al., 2016).

Cada persona necesita un tratamiento individualizado. Diabetes de tipo 1 siempre requiere insulina, dieta y ejercicio. Diabéticos de tipo 2; el uso de insulina y agentes hipoglucemiantes orales, si solo; la dieta y el ejercicio no logran bajar la glucosa en sangre, es indispensable realizar un seguimiento a través del personal de salud especializado. Para cualquier tipo de diabetes que tengas, la clave para un control adecuado es equilibrar la glucosa y la insulina en la sangre. Esto significa ajustar tu dieta, realizar actividad física, y adoptar una terapia farmacológica correcta (Asif, 2014).

5. Materiales y Métodos

La presente investigación fue de tipo descriptivo, tuvo un enfoque cuantitativo, y de corte transversal, se centró en determinar los estilos de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 que asisten al "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala.

El estudio se llevó a cabo en el "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala de la provincia del Oro, ciudad de Machala, está ubicado al sur-este de la ciudad, en las calles Avenida Alejandro Castro Benítez y Vía Pajonal.

Figure 1. Hospital General Machala, Google Maps 2017.

Cuenta con: Especialidades Básicas: Pediatría, Ginecología, Medicina interna, Cirugía General, Odontología, Medicina Familiar. Asi mismo con: Subespecialidades Clínicas (Nefrología, Reumatología, Neurología, Neumología, Infectologia, Cardiología, Fisiatría, Gastroenterología); Subespecialidades Quirúrgicas (Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Traumatología, Oftalmología). Tambien áreas criticas como: UCI, Neonatología, Emergencia, Unidad de Diálisis y Unidad de Pie Diabético.

Además, diferentes grupos: Club de Diabetes, Club de Geriatría, Club de Parkinson y Club de Hipertensión.

La población estuvo conformada por 50 pacientes del Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala. La muestra no se diseño, por ser un grupo pequeño y se trabajó con la totalidad de ellos, los criterios de inclusión fueron, pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus de tipo 2, que firmen el consentimiento informado libre y voluntario; mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes que asistan al club y no deseen participar.

La técnica utilizada para recopilar la información fue la encuesta IMEVID (Anexo N°2), dirigida a los participantes, previo a su consentimiento informado. La validez lógica y de contenido del modelo, fue evaluada por un panel multidisciplinario de 16 profesionales de la salud conformado por médicos internistas, endocrinólogos, psicólogos clínicos, médicos familiares, nutricionistas e investigadores clínicos, todos ellos con más de cinco años de experiencia en la atención de pacientes con diabetes. La consistencia interna del cuestionario se determinó mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, y la consistencia externa test-retest, fue evaluada mediante coeficiente de correlación de Spearman; creado en el Instituto del Seguro Social de la Ciudad de México en el año 2010. El instrumento estuvo conformado por 25 ítems constituido por preguntas cerradas, con 3 opciones de respuesta con valores de 0, 2 y 4, siendo este el valor más esperado; de donde se obtiene una escala de 0 a 100 puntos. se evaluó todo el Instrumento de acuerdo a la siguiente escala: (75-100) muy saludable, (50-74) saludable, (25-49) poco saludable, (0-24) no saludable.

Además, para medir las dimensiones del Estilo de Vida se calificó de acuerdo:

- Dieta (preguntas de la 1 a la 9, con una puntuación máxima de 36).
- Actividad física (preguntas de la 10 a la 12, con una puntuación máxima de 12).
- Consumo de Alcohol (preguntas de la 13 a la 14, con una puntuación máxima de 8).
- Consumo de tabaco (preguntas de la 15 a la 16, con una puntuación máxima de 8).
- Conocimiento sobre la enfermedad (preguntas de la 17 a la 18, con una puntuación máxima de 8).
- Aspecto Emocional. (preguntas de la 19 a la 21, con una puntuación máxima de 12).
- Adherencia al tratamiento (preguntas de la 22 a la 25, con una puntación máxima de 16).

Para el procesamiento y posterior análisis de los resultados se utilizó el programa informático Excel, que permitió el cruce de variables facilitando el análisis e interpretación de los resultados. En este programa se ingresaron todos los ítems del instrumento, con sus respectivas respuestas para el cálculo y análisis. cuyos resultados fueron presentados en tablas en base a los objetivos planteados.

Además, para realizar este estudio se contó con la aprobación y pertinencia del proyecto de investigación; una vez obtenido, se tramitó el permiso respectivo a los directivos del Hospital General IESS Machala. Para su ejecución se explicó a cada uno de los encuestados el consentimiento informado, una vez firmado, se procedió a la aplicación de la encuesta, además se recalcó que los datos obtenidos eran confidenciales (Anexo 1: consentimiento informado).

6. Resultados

Tabla 1. Caracterización Sociodemográfica del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala.

a) Sexo, edad, estado civil, de los pacientes del Club de Diabéticos del IESS Machala.

Sexo	**F**	**%**
Masculino	30	60%
Femenino	20	40%
Total	**50**	**100%**
Edad	**F**	**%**
Menor de 64	20	40%
Mayor a 65	30	60%
Total	**50**	**100%**
Estado Civil	**F**	**%**
Soltero	8	16%
Casado	25	50%
Viudo	11	22%
Divorciado	4	8%
Unión Libre	2	4%
Total	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta IMEVID aplicada a participantes del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, 2019
Elaboración: Propia

En relación a la variable sexo, más de la mitad de los pacientes del Club de Diabéticos corresponden al sexo masculino, esto puede deberse a que las mujeres se dedican a las actividades de casa y no asisten al club. Así mismo la edad de los pacientes del club supera los 65 años, según la bibliografía revisada, el riesgo de desarrollar diabetes aumenta con la edad y es más común en personas que pasan de los 40 años, por lo que es necesario que reciban asesoramiento para el control y autocuidado de su diabetes. En relación al estado civil, la mitad de los pacientes del club son casados, esto es bueno ya que la convivencia matrimonial permitirá apoyo emocional para sobrellevar su enfermedad.

b) Nivel escolar, ocupación, tipo de seguro de los pacientes del" Club de Diabéticos" del IESS Machala.

Nivel Escolar	f	%
Primaria	23	46%
Secundaria	16	32%
Superior	11	22%
Total	**50**	**100%**
Ocupación	**f**	**%**
Empleado	8	16%
Comerciante	4	8%
Campesino	6	12%
Obrero	1	2%
Hogar	13	26%
Jubilado	14	28%
Otras	4	8%
Total	**50**	**100%**
Tipo de Seguro	**f**	**%**
General	38	76%
Campesino	7	14%
ISPOL	1	2%
ISSFA	0	0%
Otras	4	8%
Total	**50**	**100%**

Fuente: Encuesta IMEVID aplicada a participantes del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, 2019
Elaboración: Propia

En relación al nivel de escolaridad, el nivel primario es el predominante seguido del secundario, esto es bueno, ya que ayudará a los pacientes del club a tener una mejor accesibilidad a fuentes de información, tener un conocimiento pleno en cuanto a su enfermedad, lo que permitirá adoptar un patrón de conducta bueno para su salud. Así mismo, en lo que se refiere a la ocupación la mayor parte de los participantes son jubilados y permanecen en el hogar, En cuanto a la afiliación, la mayor parte pertenecen al Seguro General, esto es bueno; ya que permitirá al grupo recibir, asesoramiento y atención médica, por los mejores profesionales en caso de presentarse alguna complicación debido a su enfermedad.

Tabla 2. Estilos de vida en los pacientes que asisten al "Club de Diabéticos" del Hospital IESS Machala

Estilo de Vida	**F**	**%**
Muy Saludable(75-100)	31	62%
Saludable(50-74)	18	36%
Poco Saludable(25-49)	1	2%
No Saludable (0-24)	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta IMEVID aplicada a participantes del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, 2019
Elaboración: Propia

En cuanto a los estilos de vida que presentaron los participantes del "Club de Diabéticos" predomina el Estilo de vida Muy Saludable, seguido del Saludable y en menor porcentaje el poco saludable. El estilo de vida saludable hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, para gozar de un completo bienestar**;** tanto físico como mental**.** Así mismo, el estilo de vida constituye un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus. Por lo tanto, esto quiero decir que el grupo de estudio está adoptando patrones de conductas saludables, para mantener controlada su diabetes, esto permitirá al grupo, disminuir posibles complicaciones crónicas como: nefropatías, retinopatías, pie diabético y otro tipo de complicaciones asociadas a la enfermedad, que podrían llegar a causar discapacidad fisica, poniendo en riesgo incluso; la vida del paciente.

Tabla 3. Dimensiones de los Estilos de vida en el "Club de Diabéticos" del Hospital IESS Machala.

Indicador	Muy Saludable (4)	%	Saludable (2)	%	No Saludable (0)	%	Total	%
Dieta	30	60%	20	40%	0	0	50	100%
Actividad Física	15	30%	16	32%	19	38%	50	100%
Consumo de Cigarrillos	48	96%	1	2%	1	2%	50	100%
Consumo de Alcohol	46	92%	4	8%	0	0	50	100%
Información sobre diabetes	17	34%	24	48%	9	18%	50	100%
Aspecto Emocional	9	18%	29	58%	12	24%	50	100%
Adherencia al Tratamiento	37	74%	10	20%	3	6%	50	100%

Fuente: Encuesta IMEVID aplicada a participantes del "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, 2019
Elaboración: Propia

Del total de los encuestados los patrones de conducta o indicadores que aplican es; el no consumo de alcohol, esto es esencial, ya que las bebidas alcohólicas contienen azúcar, por lo que favorecen el aumento de peso. El no consumo de cigarrillos, esto es bueno ya que, el humo del tabaco modifica la sensibilidad de los receptores de la insulina, produciendo un efecto tóxico, sobre las células β del páncreas. El conocimiento sobre la enfermedad se considera ideal para conllevar el desorden metabólico con la información y el autocuidado necesario.El estado emocional, esto motivará a los pacientes con diabetes a desarrollar una actitud positiva y mejorar el control metabólico. La dieta junto con el tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales y/o insulina), ayudan a controlar la glucemia en sangre, así como prevenir o ralentizar la evolución de las complicaciones asociadas a la diabetes. Sin embargo, la actividad física no la realizan muy a menudo debido a que son adultos mayores y necesitan de una persona que este al cuidado de su salud.

7. Discusión

La diabetes mellitus tipo 2 (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia provocada por defectos de la secreción o acción de la insulina. Entre los principales factores de riesgo para padecer diabetes está la obesidad, la inactividad física, el exceso del consumo de grasas de origen animal entre otros (Candela y Samara, 2010). Estos factores de riesgo están enmarcados en el estilo de vida. La OMS define el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, (Salvador, Díaz, y Romero, 2011, p.126).

En la presente investigación sobre Estilos de Vida en los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, que asisten al "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, en cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que el sexo masculino es del 60%, con un rango de edad mayor a 65 años, el estado civil, los casados ocupan el 50%. En cuanto al nivel de instrucción el primario es del 46%, el secundario del 32%, y el superior 22%; El nivel de instrucción es un componente esencial en el cuidado del paciente diabético, al ser partícipe del proceso para tomar conciencia de la importancia de una adecuada alimentación, del ejercicio y del cuidado de los pies, así mismo en lo que se refiere a la ocupación el 28% son jubilados, y la afiliación es el 28% al Seguro social, el mismo que es un factor beneficioso, ya que permitirá al grupo recibir, asesoramiento, atención médica, en caso de presentarse alguna complicación debido a su enfermedad.

Respecto a los estilos de vida en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala se evidenció que de 50 pacientes el (62%) tienen un estilo de vida muy saludable, el (36%) un estilo de vida Saludable y solo el (2%) posee un estilo de vida Poco Saludable, estos resultados concuerdan con el estudio realizado por (Álvarez y Bermeo, 2015), sobre "Estilos de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en la Fundación Donum Cuenca", obteniendo como resultado Estilos de vida saludable 57,2% , refiriendo que los estilos de vida saludables estuvieron influenciados por la preocupación permanente de los pacientes por mantener un buen estado de salud, el apoyo familiar y las consejerías brindadas por los profesionales de Enfermería.

Por otra parte, los patrones conductuales del estilo de vida encontradas en el grupo de estudio fueron, el no consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, la adherencia al tratamiento terapéutico, la dieta, e información sobre diabetes, estos resultados difieren en un estudio realizado por (Chisaguano y Ushiña, 2015), sobre "Estilos de vida en los pacientes con diabetes de tipo 2 en el centro de salud N°1, Latacunga", en el cual se obtuvo que la alimentación no es la adecuada, debido a que consumen cantidades abundantes de carbohidratos, agregan sal y azúcar a sus comidas todos los días y en mínimas cantidades consumen verduras. Así también no siguen las instrucciones médicas, lo que predispuso al grupo de estudio que presenten complicaciones crónicas en su salud como: retinopatía diabética, problemas cardiovasculares y pie diabético, esto como consecuencia de un patrón de conducta inadecuado para la salud.

Además, otro patrón de conducta que se logró evidenciar en el grupo de estudio es que sólo el 30% realizan actividades físicas, caminar, correr, o alguna otra actividad por al menos 15 minutos. Según Resendiz (2010) "A mayor edad, menor actividad física lo que es desfavorable, pero menor consumo de tabaco y un mejor estilo de vida saludable lo que representa una condición muy favorable para la salud del diabético"(p,216).

Por lo planteado anteriormente se demuestra que los patrones individuales de conducta, hábitos, costumbres, definidos social y culturalmente, tienen mucha relación con el tipo de estilo de vida que adopte cada persona. Por lo tanto, un manejo adecuado del estilo de vida, puede retardar o prevenir las complicaciones de los pacientes que padecen diabetes, o cambiar su historia natural.

8. Conclusiones

- Las características Sociodemográficas que presentó el grupo de estudio es la edad mayor de 65 años 60%, género masculino 60%. Estado civil; casados 50%. Nivel escolar; primaria 46%. Ocupación; permanecen en actividades del hogar 26% y el seguro social al que pertenecen es el seguro general 76%.

- El Estilo de vida predominante es el Muy Saludable con el 62%, seguido del Saludable 36% y poco saludable 2%.

- Los patrones de conducta del estilo de vida encontrados en el grupo de estudio fueron: no consumo de cigarrillos 96%; no consumo de alcohol 92%, la adherencia terapéutica 74%, la dieta 60%, información sobre diabetes 34%, la actividad fisica 30%; y aspecto emocional 18%.

9. Recomendaciones

- A la academia de la Universidad Nacional de Loja y Facultad de la Salud Humana, conjuntamente con los estudiantes de la carrera de Enfermería, implementen charlas de concientización sobre la importancia en el manejo y cumplimiento de los Estilos de Vida en la población.

- Al Equipo de salud del Hospital General IESS de Machala coordinar y organizar, actividades de carácter extramural de promoción sobre la Diabetes, cuyo objetivo principal sea informar a la población sobre Estilos de Vida Saludables como: la dieta, el ejercicio, el no consumo de tabaco y alcohol, así como la adherencia al tratamiento terapéutico y de esta manera se pueda fomentar hábitos, prácticas y conductas saludables en las personas.

- Al "Club de Diabéticos" del Hospital General IESS Machala, que asistan con más frecuencias a las charlas sobre el manejo y tratamiento de la Diabetes Mellitus; así mismo que continúen practicando e implementando los estilos de vida saludables en cada uno de sus hogares con la finalidad de manejar correctamente su enfermedad.

10. Bibliografía

Álvarez, I., Escalante, C., & Navarro, M. (2006). Estilos de vida saludable y no saludable que tienen los y las trabajadoras del nucleo de procesos artesanales del instituto nacional de aprendizaje. In *Rev. SemestralL* (Vol. 5). Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/448/44801002.pdf

Aguilar, C. (2019). Asociacion Latinoamericana de Diabetes. *Guías ALAD Sobre El Diagnóstico, Control y Tratamiento de La Diabetes Mellitus Tipo 2. Con Medicina Basada En Evidencia.Edición 2019.*

Álvarez, I., Escalante, C., & Navarro, M. (2006). Estilos de vida saludable y no saludable que tienen los y las trabajadoras del nucleo de procesos artesanales del instituto nacional de aprendizaje. In *REVISTA SEMESTRAL* (Vol. 5). Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/448/44801002.pdf

Asif, M. (2014). The prevention and control the type-2 diabetes by changing lifestyle and dietary pattern. *Journal of Education and Health Promotion*, *3*(1), 1. Recuperado de: https://doi.org/10.4103/2277-9531.127541

Báez, F., Hernández, Flores, M., & Sánchez, L. (2011, April). Risk Factors for Diabetes Mellitus in Nursing Professional. *Revista de Enfermeria Universitaria. ENEO-UNAM*, (2), 1–11. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n2/v8n2a2.pdf

Brajkovich, I. E., Aschner, P., Taboada, L., Camperos, P., Gómez-Pérez, R., Aure, G., … Fuentes, O. (2019). *Consenso ALAD. Tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad*. *9*(1), 40–75. https://doi.org/10.24875/ALAD.19000369

Candela, C ., & Samara, M. (2010). *Nutrición y diabetes*. Recuperado de: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_19.pdf

Canteño, V. (2018). *"Estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo 2, de los consultorios externos del hospital san juan de lurigancho.* Universidad privada de norbert wiener facultad de ciencias de la salud escuela academico profesional de enfermeria.

Casal, M.,& Pinal, L. (2014). Archivos de Medicina. *Guia de Práctica Clinica de Diabetes Mellitus Tipoo 2*, *10*, 1–18. Recuperado de: https://doi.org/10.3823/1212

Chisaguano, D., & Ushiña, R. (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 Latacunga de julio-agosto del 2015. Universidad Central de Ecuador.

Diair, I., Molena, C., Soares, R., Silva, S., & Nakamura, R. (2008, April). Factores de riesgo

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermeria.*, 1–7. Recuperado de: https www.eerp.usp.br/rlae

Fernández, E., & Jiménez, M. (2012). *Psicología de la Emoción*. Recuperado de https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf

Fernandez, C. ., Manzur, J. ., & Yedlin, G. . (2014). *Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 para el Primer Nivel de Atención*. Argentina.

Gavilanes, F. (2014). *Evaluación del conocimiento y prácticas dietéticas en pacientes con dmt2 que acuden al scs nuevos horizontes del cantón pasaje el oro desde enero a junio del 2014¨*. Ecuador.

Hernández, M., Batlle, A.,& Martínez, B. (2016, August). Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *An. Sist. Sanit. Navar*, 270–289. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/09_revision.pdf

Hernández ruiz de eguilaz, M., Batlle, M. A., Martínez de Morentin, B., Martínez, J. A., & Alfredo Martínez, J. (2016). *Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas*. *39*(2), 269–289.

Hospital General Machala. (2018). *Perfil Epidemiológico* (pp. 1–15).. Machala.

INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de Anuario de Camas Y egresos Hospitalarios: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf

Jaramillo, J. A. (2018). *Indicaciones de Supervivencia "Programacion de las comidas"*. Loja: Endocrinologia- Nutricion.

Ledon, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinologia*, *23*(ISSN 1561-2953). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007

López, M., Hernández, M., Miralles, J.,& Barrueco, M. (2017). Tobacco and diabetes: Clinical relevance and approach to smoking cessation in diabetic smokers. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición.*, *64*(4), 221–231.Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.endien.2017.05.003

Miladinova, V., & Sánchez, A. (2010). Complicaciones Crónicas de La Diabetes mellitus tipo 2. *"Tesis de grado"*. Universidad Complutense, Madrid.

Molina, A. . (2016). *Consumo de alcohol e impacto de la diabetes en la calidad de vida* (Universidad de la Laguna). Recuperado de: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3720/Consumo de alcohol e impacto de la diabetes en la calidad de vida..pdf?sequence=1

OMS (2018). La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas.

Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atencion Primaria*, *48*(6), 406–420. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001

Paredes, N. (2014). *Evaluación del conocimiento y prácticas dietéticas en pacientes con dmt2 que acuden al scs nuevos horizontes del cantón pasaje el oro desde enero a junio del 2014¨*. Universidad Tecnica de Machala, Ecuador.

Pilar Hevia V., E. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *27*(2), 271–276. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.016

Powers MA, Bardsley J, C. M. (2018). Lifestyle management: Standards of medical care in Diabetes. *Diabetes Care*, *41*, 38–50. Recuperadon de: https://doi.org/10.2337/dc18-S004

Resendiz, R.; Leija, C. (2010). Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2. *Sanid Milit*, *64*(5), 211–223.

Ribera, P. (2010). Diabetes tipo 2. Recuperado el 8 de julio, 2020, from Sociedad Española de Diabetes website: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/informacion-diabetes.pdf

Rodriguez, A. (2010). *Sociedad Española de Medicina Interna Protocolos Diabetes Mellitus Tipo 2* (Elsevier D). Recuperado de: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/protocolos-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

Salvador, M., Díaz, G., & Romero, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. In *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* (Vol. 49). Mexico.

Serafín, M. (2016, April). La alimentación en la diabetes tipo 2. Planificación semanal. *Fundacion Española de La Diabetes*. Recuperado de: https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/169/la-alimentacion-en-la-diabetes-

tipo-2--plan-semanal-de-alimentacion

Solís, A., Castillo, M.,& López, K. (2009). Prevalence Of Alcohol Consumption In People With Diagnosis Of Type 2 Diabetes Mellitus. *Revista Electronica En Salud Mental, Alcohol y Drogas*, (5). Recuperado de: http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp

Soto, I. (2017). Tabaquismo y Diabetes. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. Tabaquismo y Diabetes.*, *33*(3), 222–224. Recuperado de: https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300222

Vargas-Uricoechea, H., & Casas-Figueroa, L. Á. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clin Investig Arterioscler*, *28*(5), 245–256. https://doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002

11. Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería.

Documento de Consentimiento Informado

Formulario N°.....

El presente formulario de Consentimiento Informado está dirigido a los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2 que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala y que se les invita a participar en la investigación "Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala"

Llevado a cabo por mi persona Byron David Garrochamba Peñafiel estudiante del octavo ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria su participación contribuirá a encontrar respuestas a la pregunta de investigación planteada y generar nuevos conocimientos en torno al tema de este trabajo, sirviendo de base para investigaciones futuras; aportando valiosa información al respecto.

La información que recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y en caso de dudas, no dude en preguntar.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 2. Instrumento IMEVID

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

Proyecto: "ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA"

Encuesta

Formulario N°……..

Introducción: El estilo de vida es un método usual como el individuo desarrolla su vida cotidiana, es la forma como interactúa entra las condiciones de vida mediante patrones determinados por componentes socioculturales. Por lo tanto, le solicito de la manera más comedida responda, lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses; con la finalidad de recolectar información para la realización del proyecto de tesis denominado "Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala", dicha información será de carácter anónimo y será utilizada únicamente para este fin**.**

Instrumento IMEVID (Resendiz, R.; Leija, 2010).

1. **Datos Generales:**

Nombre: _____CI:……..**Sexo:** F….M…..
Edad______ Fecha de aplicación del Cuestionario: ……
Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Unión Libre ( )
Nivel Escolar: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
Ocupación: Empleado ( ) Comerciante ( ) Campesino ( )Obrero ( ) Hogar ( ) jubilado ( ) Otras ( )
Tipo de Seguro: General ( ) Campesino ( )ISPOL ( ) ISSFA ( ) Otras ( )

2. Estilos de Vida.

I. Dimensión Dieta

1) ¿Con qué frecuencia come verduras?
   Todos los días de la semana ( ) Algunos días ( ) Casi nunca ( )
2) ¿Con qué frecuencia come frutas?
   Todos los días de la semana ( ) Algunos días ( ) Casi nunca ( )
3) ¿Cuántas piezas de pan como al día?
   0 a 1 ( ) 2 ( ) 3 o más ( )
4) ¿Cuántas tortillas de maíz, trigo, queso, come al día?
   0 a 3 ( ) 4a 6( ) 7 o más ( )
5) ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
6) ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )
7) ¿Come alimentos entre comidas?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
8) ¿Come alimentos fuera de casa?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
9) ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )

II. Dimensión: Actividad Fisica (Ejercicio)

10) ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? ((Caminar rápido, Correr o algún otro.)
    3 o más veces por semana ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) Casi nunca ( )
11) ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?
    Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( )
12) ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?
    Salir de casa ( ) Trabajos en casa ( ) Ver televisión ( )

III. Dimensión: Consumo de Cigarrillos

13) ¿Fuma?
    No fumo ( ) Algunas veces( ) Fumo a diario ( )
14) ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
    Ninguno ( ) 1 a 5 ( ) 6 o más ( )

IV. Dimensión: Consumo de Bebidas Alcohólicas.

15) ¿Bebe alcohol?
Nunca ( )Rara vez ( ) 1 vez o más por semana ( )

16) ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?
Ninguna ( ) 1 a 2 ( ) 3 o más ( )

V. Dimensión Educación (Conocimiento sobre la enfermedad)

17) ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?
4 o más ( ) 1 o 3 ( ) Ninguna ( )

18) ¿Trata de tener información sobre la diabetes?
Casi siempre ( )Algunas veces ( ) Casi nunca ( )

VI. Dimensión: Aspecto Psicológico (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 el futuro?
Casi nunca( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )

VII. Dimensión. Adherencia al tratamiento.

22) ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?
Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( )

23) ¿Sigue dieta para diabético?
Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( )

24) ¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse insulina?
Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )

25) ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?
Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( )

¡Gracias por su colaboración ¡

Anexo 3. Fotografías

Figure 2.Aplicación de Instrumento IMEVID en el Club de Diabéticos.

Figure 3 Aplicación de Instrumento IMEVID en el Club de Diabéticos

Anexo 4. Permiso para aplicar el Instrumento

Oficio IESS-DTM-2019-0125-M-FDQ

Machala, 16 de diciembre de 2019

Magister
Denny Ayora Apolo
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL LOJA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA, DATOS ESTADÍSTICOS Y REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS)

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, me dirijo a usted para comunicar que esta Dirección Técnica Medica, autoriza su solicitud para que el estudiante: BYRON DAVID GARROCHAMBA PEÑAFIEL, realice en Proyecto de titulación, previo a obtener el Título de Licenciado en Enfermería.
Con el tema: "ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2 QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL MACHALA"

Es todo cuanto puedo informar. Uso para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Richard Chiriboga Vivanco
DIRECTOR TÉCNICO MÉDICO
HOSPITAL GENERAL MACHALA

IESS Hospital General Machala
Dirección Médica
Machala - El Oro

Anexo 5.

Certificado de Traducción del Resumen

Lic. Estalin Fabián Garrochamba Peñafiel.
Docente de la Unidad Educativa "Rio Zamora" Cantón Zamora - Provincia de Zamora Chinchipe.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma Español a idioma Inglés del resumen titulado **"ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA",** autoría de Byron David Garrochamba Peñafiel, con cedula 1105664013 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 17 de julio de 2020.

.....

Lic. Estalin Fabián Garrochamba Peñafiel.
Docente de la Unidad Educativa "Rio Zamora" Cantón Zamora — Provincia de Zamora Chinchipe.

Anexo 6

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala

Indice

1. Tema 4
2. Planteamiento de problema 5
3. Objetivos 7
1. Objetivo General. 7
2. Objetivos específicos. 7
4. Justificación. 8
5. Marco Teórico 10
5.1 Diabetes Mellitus 10
5.1.1 Tipos 10
5.2 Diabetes mellitus Tipo 2 10
5.2.1 Factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 11
5.2.2 Cuadro Clínico 11
5.2.3 Diagnóstico 11
5.2.4 Tratamiento 12
5.2.5 Complicaciones 12
5.3 Estilos de vida. 14
5.4 Tipos de estilos de vida. 14
5.4.1 Estilos de vida saludables. 14
5.4.2 Estilos de vida no saludables 14
5.5 Estilos de vida en Diabéticos. 15
5.5.1 Dieta. 15
5.5.1.1 Directrices dietarias generales. 16
5.5.2 Alcohol. 17
5.5.3 Cigarrillo. 17
5.5.4 Papel de la actividad fisica o ejercicio. 18
5.5.5 Educación sobre diabetes. 18

5.5.6 Manejo del estrés (aspecto emocional). 19
5.5.7 Adherencia al tratamiento y control médico. 20
6. Metodología 21
7. Matriz de Operacionalizacion de Variables 24
8. Recursos 26
9. Presupuesto 27
10. Cronograma 28
11. Bibliografía 29
12. Anexos 32

1. Tema

Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala

2. Planteamiento de problema

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica, (Aguilar, 2019).

En todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuibles a la diabetes y, en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido ni tan siquiera diagnosticados. La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos. De no emprenderse ninguna acción, el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones de 2011 hasta 552 millones en 2030 (Vargas y Casas, 2016).

Para Sudamérica y Centroamérica se calcula que el aumento en el número de casos diagnosticados en el periodo de tiempo desde el 2013 al año 2035 sea del 59,8% (pasando de 24 a 38,5 millones). Para la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014 y para la región de las Américas la prevalencia de hiperglucemia en ayunas fue del 9,3% en hombres y del 8,1% en mujeres, y los países con mayor prevalencia de diabetes mellitus en adultos >18 años fueron Guyana, Surinam, Chile y Argentina (Vargas y Casas, 2016).

Sobre este particular los hábitos alimenticios en América Latina están sufriendo un cambio muy acelerado, aumentando el consumo de alimentos con muy alto contenido de grasas saturadas y azúcares, el sedentarismo y la poca actividad física; estos factores incrementan la tasa de sobrepeso y obesidad, las cuales son las causas principales del aumento de la diabetes mellitus. De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud, hace referencia que la elevada tasa de obesidad, que es causa del incremento de la diabetes mellitus, está ligada en parte a un cambio de costumbres alimenticias poco saludables y a poca actividad física que se realiza (Canteño, 2018).

En Ecuador, la diabetes está afectando 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. La alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo relacionados directamente con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes (OMS, 2018).

A nivel de la Provincia de El Oro, según los datos estadísticos facilitados, por el INEC (2014) se puede evidenciar que existen 5.505 casos de Diabetes Mellitus tipo II, de los cuales el 52 % pertenecen al género femenino y el 48% al género masculino. Se estima que la diabetes constituye la tercera causa de mortalidad en El Oro, tras las enfermedades cardiovasculares y las cerebro-vasculares, que ocupan la primera y segunda posición, respectivamente.

En este contexto, se reconoce que el origen principal de la DM se encuentra en los estilos de vida poco saludables, como el exceso en la ingesta de carbohidratos, grasas de origen animal, el hacinamiento, el sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo. Con estos elementos amalgamados como síndrome, se requiere de una intervención en el cuidado de la salud constante y permanente.

Según el perfil epidemiológico (2018) en el Hospital IESS Machala las principales causas de hospitalización fueron: cálculo de vesicular biliar (14.8%), parto por cesárea (12.9%), DM no insulinodependiente con o sin complicaciones (9.32%) siendo está la 3ra causa de hospitalización más frecuente. En este contexto, se reconoce que el origen principal de la DM se encuentra en los estilos de vida poco saludables, como el exceso en la ingesta de carbohidratos, grasas, el sedentarismo, alcoholismo y tabaquismo.

Esta investigación se enfocará en determinar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 que asisten al club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala; cuyos objetivos específicos fueron: Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio, e identificar el estilo de vida; así como conocer sus dimensiones como: la dieta, la actividad física, patrones de consumo de tabaco y alcohol; conocimiento sobre la enfermedad, estado emocional y adherencia al tratamiento.

3. Objetivos

1. Objetivo General.

Determinar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 que asisten al club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala.

2. Objetivos específicos.

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio, que acuden al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.
- Identificar el estilo de vida en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.
- Conocer el estilo de vida, según sus dimensiones en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.

4. Justificación.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, pues algunos de sus componentes como el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, estado emocional, conocimiento sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural (Hernández, Batlle, y Martínez, 2016).

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir, que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo (Salvador, Díaz, y Romero, 2011).

El presente trabajo de investigación tiene por objeto identificar los estilos de vida de los pacientes del club de diabéticos del Hospital General IESS Machala, así como conocer sus dimensiones como: la dieta, la actividad física, patrones de consumo de tabaco y alcohol; conocimiento sobre la enfermedad, estado emocional y adherencia al tratamiento terapéutico. Esto ayudará a prevenir posibles complicaciones como: neuropatías, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca congestiva, pie diabético o amputaciones, así como fomentar estilos de vida saludables en el grupo de estudio.

De acuerdo a las prioridades de Investigación en salud 2013- 2017 del MSP de Ecuador este estudio se encuentra en el área Endócrino; dentro de la línea de Investigación Diabetes mellitus, y la sub- línea hábitos o estilos de vida en los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2.

Según, las líneas de investigación de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, el presente trabajo pertenece a la línea 6: Trastornos del comportamiento humano en la región sur del país y en el ámbito seis: Identificación de factores de riesgo y actividades de prevención, curación y reinserción social en personas con diabetes.

Por lo descrito, el presente trabajo justifica su importancia para la sociedad al abordar los estilos de vida más frecuente en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, con lo cual se permitirá la realización de nuevas investigaciones que contribuyan a disminuir la incidencia de enfermedades crónicas.

5. Marco Teórico

5.1 Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados (Fernandez, Manzur, y Yedlin, 2014).

5.1.1 Tipos

Hay tres grandes tipos de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

- Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en los niños, los adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.
- Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.
- Diabetes gestacional: es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.(Fernandez et al., 2014)

5.2 Diabetes mellitus Tipo 2

La DM2 es una enfermedad metabólica compleja, de origen multifactorial y que frecuentemente se asocia con obesidad y otros componentes del Síndrome metabólico. Esta enfermedad se caracteriza por una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) y por una alteración en el metabolismo de la glucosa, debido a una reducción y resistencia a la insulina,

La resistencia a la insulina puede definirse como la disminución de la capacidad de esta hormona para ejercer sus funciones en los tejidos diana típicos, como el músculo esquelético, el hígado o el tejido adiposo (Candela y Samara, 2010).

5.2.1 Factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2

- Familiar de primer grado con DMT2.
- Obesidad/Sobrepeso
- Factores Ambientales: asociados al estilo de vida
- Enfermedad cardiovascular.
- Hipertension Arterial
- Dislipidemia
- Diabetes gestacional.
- Madres de niños nacidos con peso mayor a 4500 g.

5.2.2 Cuadro Clínico

Los niveles altos de azúcar en la sangre pueden causar diversos síntomas, como:

- Visión borrosa
- Polidipsia (Sed excesiva)
- Fatiga
- Poliuria (Micción frecuente)
- Polifagia (Hambre excesiva)
- Pérdida de peso

5.2.3 Diagnóstico

Los últimos criterios para el diagnóstico de diabetes establecidos en 2015 según la Asociacion americana de Diabetes (ADA) son los siguientes:

- $HbA_{1C} \geq 6{,}5\%$. La prueba debe ser realizada en un laboratorio, usando el método certificado por el National Glycohemoglobin Standarization Program y estandarizado por el ensayo DCCT (Diabetes Control and Complications Trial).
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL. El ayuno se define como la falta de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- Dos glucemias ≥200 mg/dL durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Esta prueba debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Una glucemia al azar ≥200 mg/dL (en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica).

Cuando los niveles de glucemia de un paciente se encuentran elevados, pero no alcanzan las cifras diagnósticas de diabetes, se clasifica como:

- Glucemia basal alterada (GBA): paciente con niveles de glucemia en ayunas entre 110-125 mg/dL para la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Intolerancia a la glucosa (ITG): pacientes con niveles a las 2 horas de la sobrecarga oral de glucosa entre 140-199 mg/dL.
- Riesgo elevado de desarrollar diabetes: pacientes con HbA_{1c} entre 5,7- 6,4%.

5.2.4 Tratamiento

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cerca a las cifras normales; de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. . Los pilares sobre los que se ha basado el tratamiento de la Diabetes mellitus en los últimos años son la dieta, el ejercicio físico, la educación del paciente, la insulina y los hipoglucemiantes orales. Estos aspectos continúan evolucionando y desarrollándose, para conseguir realmente el objetivo básico de tratamiento (Serafín, 2016).

5.2.5 Complicaciones

5.2.5.1 Retinopatía diabética

Esta complicación se relaciona con los años de evolución de la enfermedad, aproximadamente el 60% de los pacientes con diabetes de tipo 2 tienen algún grado de retinopatía. Esta se caracteriza por visión borrosa (catarata o edema macular), cuerpos flotantes o luces brillantes en el campo visual (hemorragia en el vítreo o desprendimiento de retina), dolor ocular (glaucoma) o visión doble (mononeuropatía). El control óptimo de la glucemia y de la presión arterial han demostrado ser de mayor utilidad en la prevención primaria y secundaria de la retinopatía diabética. El hábito tabáquico, la hipertensión arterial y las dislipemias son patologías asociadas frecuentes y que incrementan el riesgo de morbilidad ocular (Miladinova y Sanchez, 2010).

5.2.5.2 Nefropatía diabética:

La diabetes se ha convertido en la principal causa de enfermedad renal terminal. Aproximadamente un 20 - 30% de los diabéticos presentan evidencias de nefropatía. El estricto control de la glucemia reduce significativamente la aparición de microalbuminuria y por tanto el desarrollo de nefropatía en los pacientes diabéticos. Aunque existen cambios precoces relacionados con la hiperglucemia como la hiperfiltración glomerular, el riesgo de desarrollar una Insuficiencia Renal solamente se hace significativo cuando se empieza a detectar en la orina la presencia constante de albúmina en cantidades significativas (Paredes, 2014).

5.2.5.3 Neuropatía diabética:

Se produce por un deterioro del sistema neurológico a consecuencia de la exposición prolongada a valores altos de glucemia. Se manifiesta por síntomas tales como dolor, quemazón, hormigueos o calambres. Otros síntomas de enfermedad vascular periférica son el dolor en reposo (no mejora con la marcha y empeora con la elevación del pie, el calor o el ejercicio), o la frialdad en los pies.

5..2.5.4 Pie diabético:

Se considera pie diabético al pie que presenta una lesión con pérdida de continuidad de la piel o una úlcera. Esta condición es el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad. El pie diabético se ocurre como consecuencia de la asociación de Neuropatía periférica, Infección Enfermedad vascular periférica, trauma y alteraciones de la biomecánica del pie. El pie diabético se asocia con factores como: edad avanzada, Sexo masculino, estrato socioeconómico bajo y educación deficiente, Factores sociales como vivir solo, ser poco visitado, poca motivación por vivir, pobre control glucémico, Presencia de retinopatía, nefropatía, enfermedad macrovascular, consumo de alcohol, Tabaquismo, calzado inapropiado, úlceras o amputaciones previas.(Chisaguano y Ushiña, 2015).

5.3 Estilos de vida.

Para Canteño (2018) el estilo de vida es un método usual como el individuo desarrolla su vida cotidiana, es la forma como interactúa entre las condiciones de vida mediante patrones determinados por componentes socioculturales. 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.

Además, los estilos de vida están conformados por el modo de preceder, condiciones laborales y hábitos de vida que tiene el individuo, estos pueden reducir o aumentar el riesgo a enfermarse o fallecer prematuramente. Los estilos de vida son los hábitos, forma de actuar de los individuos y grupos sociales que le permiten satisfacer sus pretensiones para lograr el confort físico y social.

5.4 Tipos de estilos de vida.

Existen diferentes estilos de vida los saludables y los no saludables.

5.4.1 Estilos de vida saludables.

Se define como estilo de vida saludable a las conductas, opiniones, entendimientos, hábitos y actividades de los individuos para sostener, establecer y mejorar su salud. Estos son productos de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente, sino además de la historia personal del sujeto.

5.4.2 Estilos de vida no saludables

El estilo de vida no saludable, tiene relación a la forma de proceder, que suponen una amenaza para el confort físico y psicológico, que comprometen de manera directa, generando secuelas negativas para la salud y comprometen seriamente la vida del individuo. También las conductas no saludables, son los factores de riesgo para la salud en la actualidad son el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, la mala alimentación, auto medicarse y utilizar de forma inadecuada los servicios de salud, entre otros. Las personas que llevan vidas desordenadas consumen comidas con alto contenidos en grasas saturadas, no realizan ejercicios, frecuentemente ingieren alcohol y tabaco tienen mayor posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes (Canteño, 2018).

5.5 Estilos de vida en Diabéticos.

El manejo del estilo de vida es un aspecto fundamental del cuidado de la diabetes e incluye educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes (DSMES), terapia de nutrición médica, actividad física, asesoramiento para dejar de fumar y atención psicosocial. Los pacientes y los proveedores de atención deben centrarse juntos en cómo optimizar el estilo de vida desde el momento de la evaluación médica integral inicial, a lo largo de todas las evaluaciones y el seguimiento posteriores, y durante la evaluación de las complicaciones y el manejo de las afecciones comórbidas para mejorar la atención médica (Powers MA, Bardsley J, 2018).

Entre los principales componentes del estilo de vida se encuentran: .

5.5.1 Dieta.

La dieta constituye un aspecto crucial para el manejo de la diabetes, que puede incluir dieta sola, dieta con medicamentos hipoglucemiantes orales o dieta con insulina. La dieta se individualiza dependiendo de la edad, peso, sexo, la condición de salud y ocupación, etc. Las pautas dietéticas utilizadas en esta revisión son declaraciones de asesoramiento dietético que brindan información rápida para el manejo de la población diabética (Asif, 2014).

También la composición de la dieta es uno de los patrones dietéticos más conocidos por su beneficio y efectos sobre la salud humana que pueden actuar beneficiosamente contra el desarrollo de diabetes tipo 2, incluida la reducción de la oxidación de estrés y resistencia a la insulina. Alto consumo de verduras, frutas, legumbres, nueces, pescado, cereales, una baja ingesta de ácidos grasos trans y alta ingesta de alimentos en fibra, antioxidantes, polifenoles.

Por lo general las dietas se caracterizan por un bajo grado de densidad de energía; tal dieta previene aumento de peso y ejerce un efecto protector sobre el desarrollo de diabetes tipo 2, una condición que está parcialmente mediada a través del mantenimiento de peso. Una mayor adherencia a la dieta, en combinación con la actividad física se asoció con menores probabilidades de tener diabetes. Por otro lado, una dieta paleolítica (es decir, una dieta compuesta por carne magra, pescado, mariscos, frutas y verduras, raíces, huevos y nueces,) se asoció con marcada mejoría de la tolerancia a la glucosa; mientras que los sujetos de control que se les aconsejó que siguieran una dieta, no mejoró significativamente su tolerancia a la glucosa; a pesar de la disminución de peso y perímetro abdominal. Las personas con mayor probabilidad de desarrollar diabetes son: las personas con sobrepeso, obesidad, antecedentes de familiares con diabetes, sexo masculino y edad mayor de 40 años (Asif, 2014).

5.5.1.1 Directrices dietarias generales.

Para Jaramillo (2018) el manejo dietético moderno de la diabetes implica esencialmente modificaciones de la calidad y cantidad de alimentos a ser tomados por el paciente diabético. Las siguientes pautas son aplicables a la diabetes independientemente del tipo, peso, edad, género u ocupación.

- La mayoría de los carbohidratos consumidos deben estar en forma de almidón como: el maíz, el arroz, frijoles, pan, papas, etc.
- Todos los azúcares refinados como glucosa, sacarosa y sus productos (refrescos, dulces, etc.) debe evitarse, excepto durante una enfermedad grave o episodios de hipoglucemia. Estos alimentos contienen azúcar, que se absorben fácilmente causando un rápido aumento de azúcar en la sangre.
- Edulcorantes no nutritivos, por ejemplo, canderel, sacarina, NutraSweet, el aspartamo son sustitutos del azúcar adecuados para sujetos diabéticos.
- Grasa animal como mantequilla, manteca de cerdo, yema de huevo y otros alimentos. alto en ácidos grasos saturados y colesterol deben ser reducidos al mínimo y ser reemplazados por aceites vegetales, particularmente grasas poliinsaturadas.
- La sal debe reducirse ya sea hipertensa o no.
- Proteína (pescado, carne, frijoles, cangrejo, soya, pollo, etc.) y la sal están restringidos para aquellos con nefropatía diabética.
- Los artículos permitidos para consumo gratuito incluyen: agua, verduras, tomates, cebollas, pepinos, pimientos, ensalada de verduras sin crema. Alguna marca de té, café o bebidas que contienen muy poco o nada de calorías.
- Pacientes tratados con insulina o ciertos hipoglucemiantes orales, se debe recomendar a las sulfonilureas.
- Comer regularmente y a menudo para prevenir la hipoglucemia: 3 comidas al día más aperitivos, por ejemplo, frutas frescas.
- Comidas pequeñas espaciadas durante el día, en lugar de 1 o 2 grandes comidas, son útiles para evitar picos postprandiales en glicemia.

Para Asif (2014); cuando los pacientes diabéticos con sobrepeso bajan un poco de peso recortando 'porciones' y calorías, la sensibilidad a la insulina mejora, optimizando así la terapia farmacológica. El principio fundamental detrás del mantenimiento del peso corporal es equilibrar la energía. Este grupo debe ser alentado a mantener su peso actual: Manteniendo los 'tamaños de porción' actuales, comiendo aproximadamente la misma cantidad de comida cada día, comiendo aproximadamente a las mismas horas cada día, tomando sus medicamentos a la misma hora cada día y hacer ejercicio a la misma hora todos los días.

5.5.2 Alcohol.

El *alcohol*, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para la sociedad (Molina, 2016)..

Cualquier bebida alcohólica contiene una cantidad considerable de azúcar, por lo que es normal que un paciente diabético dude acerca de la conveniencia de tomar, por ejemplo, una copa de vino. Una persona sin ningún tipo de enfermedad metaboliza unos 7 gramos de alcohol a la hora. Si supera esta ingesta, el exceso de alcohol pasa a la sangre y se convierte en un tóxico que el hígado intenta eliminar, de tal forma que mientras metaboliza el alcohol deja de metabolizar la glucosa, pudiendo desencadenar en hipoglucemia (Solís, Castillo, y López, 2009).

Por otro lado, las hipoglucemias producidas por consumo de alcohol no se corrigen con glucagón, por lo que la única solución es comer y aportar azúcar, además es importante saber que siempre existe el riesgo de hipoglucemia tardía Estas hipoglucemias tardías pueden aparecer hasta 36 horas después de haber bebido, y puede ser moderada o intensa en personas que han comido poco o nada (Molina, 2016).

5.5.3 Cigarrillo.

La evaluación rutinaria y exhaustiva del consumo de tabaco es esencial para evitar fumar o alentar el abandono. Si bien algunos pacientes pueden aumentar de peso en el período poco después del abandono del hábito de fumar, investigaciones recientes han demostrado que este aumento de peso no disminuye el beneficio sustancial de enfermedades cardiovasculares obtenido del abandono del hábito. Se debe recomendar a los no fumadores que no usen cigarrillos

electrónicos. El abandono por completo del cigarrillo disminuye el riesgo de enfermedad coronaria (Powers MA, Bardsley J, 2018).

5.5.4 Papel de la actividad fisica o ejercicio.

La actividad fisica regular ayuda a las células del cuerpo a absorber la glucosa y así disminuir los niveles de glucosa en sangre. La actividad física regular también ayuda a perder peso y a controlar el colesterol en la sangre y presión arterial. Debe dejar que su médico y dietista conozca los tipos de actividades físicas que realiza regularmente. Su médico y dietista lo ayudarán a equilibrar la actividad fisica con su medicación y plan de comidas para diabéticos. Si usted es no físicamente activo ahora, su médico puede recomendarle aumentar la actividad física.

El ejercicio disminuye el colesterol total, mejora la proporción de lipoproteínas de baja densidad (LDL) a alta densidad lipoproteína colesterol (HDL), y reduce los triglicéridos en sangre. También puede disminuir la presión arterial y disminuir los niveles de estrés.

Caminar es una de las formas más fáciles y saludables de hacer ejercicio, esta es una actividad a realizar sin equipo especial y con poco riesgo de lesiones. Es importante mantener equilibrio entre la actividad física, medicación y la ingesta apropiada de alimentos (Álvarez, Escalante y Navarro, 2006).

5.5.5 Educación sobre diabetes.

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad. Las personas con diabetes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Los servicios de salud públicos y privados deben entregar programas de educación en diabetes desde que el paciente ha sido diagnosticado con esta patología hacia adelante. Además, hay que considerar que todos los escenarios pueden ser una buena instancia para la educación en diabetes; una hospitalización, la consulta con el podólogo, visita al dentista, etc. (Pilar Hevia V., 2016).

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes: comer sano, ser físicamente activo, seguimiento y control, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos, afrontamiento saludable.

Los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal.

5.5.5.1 Educación individual.

La educación individual es adecuada desde el inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento. Es un proceso dinámico donde existe una variada entrega de conocimientos, existiendo una relación terapéutica con el educador que debe ser interactiva y de negociación. En la educación individual se protege la intimidad del paciente donde el paciente puede exponer más fácilmente su problemática (Pilar Hevia V., 2016).

5.5.5.2 Educación grupal.

Este tipo de sesiones educativas deben ser planteadas en grupos pequeños. En estas actividades pueden estar incluidas las familias y/o redes de apoyo del paciente. Las ventajas de las actividades grupales residen en que se entregan conocimientos y experiencias de otros pacientes. No siempre se puede homologar el tipo de pacientes que asiste a esta actividad, pero el educador debe crear un clima de aceptación para que ellos puedan expresarse libremente. Además, en estas actividades se pueden incluir o ser organizadas por los padres, educadores, pacientes con diabetes que se han preparado como educadores (Pilar Hevia V., 2016).

5.5.5.3 Educación en diabetes, un proceso continuo.

Cada programa de educación en diabetes debe considerar ser un proceso continuo, tomando en cuenta que las necesidades de los pacientes van cambiando, ya que este proceso continuo y se renueva de acuerdo a las necesidades de cada individuo (Pilar Hevia V., 2016).

5.5.6 Manejo del estrés (aspecto emocional).

La depresion por diabetes (DD) es muy común y es distinta de otros trastornos psicológicos. La DD se refiere a reacciones psicológicas negativas significativas relacionadas con las cargas emocionales y las preocupaciones específicas de la experiencia de un individuo al tener que manejar una enfermedad crónica severa, complicada y exigente, como la diabetes. Las constantes demandas de comportamiento (dosificación de medicamentos, frecuencia y titulación; monitoreo de glucosa en sangre, ingesta de alimentos, patrones de alimentación y actividad física) del autocontrol de la diabetes y el potencial o la actualidad de la progresión de la enfermedad están directamente asociados con la depresión en diabetes. Los altos niveles de depresión por diabetes tienen un impacto significativo en los comportamientos de toma de medicamentos y están relacionados con un mayor nivel de HbA_{1c} una menor autoeficacia y un peor comportamiento en la dieta y el ejercicio. Se ha demostrado que Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes reduce la depresión en diabetes (Powers MA, Bardsley J, 2018).

El DD debe ser monitoreado rutinariamente usando medidas validadas apropiadas para el paciente. Si se identifica DD, la persona debe ser derivada para recibir educación específica sobre diabetes para abordar las áreas de autocuidado de la diabetes que son más relevantes para el paciente e impactan el manejo clínico. Las personas cuyo autocuidado sigue afectado después de la educación personalizada sobre diabetes deben ser derivadas por su equipo de atención a un proveedor de salud conductual para su evaluación y tratamiento (Powers MA, Bardsley J, 2018)

5.5.7 Adherencia al tratamiento y control médico.

La adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (Orozco et al., 2016).

Se considera que un paciente es adherente al tratamiento cuando presenta una tasa del 80-120% de cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad. La medición del cumplimiento debe realizarse de manera periódica incluyendo las pautas de conducta y la prescripción farmacológica. Los más empleados serían preguntar al paciente, contar comprimidos, el uso de la receta electrónica, cumplimentación de test estandarizados como el test de Hayness-Sackett o Morisky-Green y el control de la dispensación en farmacia (Orozco et al., 2016).

Cada persona necesita un tratamiento individualizado. Diabetes tipo 1 siempre requiere insulina, dieta y ejercicio. Diabéticos tipo 2 requieren insulina o agentes hipoglucemiantes orales (medicamentos que ayuda a reducir el azúcar en la sangre), si la dieta y el ejercicio solo no logran bajar la glucosa en sangre. Si tiene diabetes, debe tener un equipo médico (médico, nutricionista y educador de salud o enfermera) trabajando contigo. Cualquier tipo de diabetes que tengas, la clave para un control adecuado es equilibrar la glucosa y la insulina en la sangre. Esto significa ajustar tu dieta, realizar actividad fisica y cumplir el tratamiento médico (Asif, 2014).

6. Metodología

6.1 Tipo de Estudio

La presente investigación será de tipo Descriptivo, cuantitativo y de corte transversal está dirigida a identificar los estilos de vida de los pacientes con diabetes de tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.

6.2 Área de Estudió

El estudio se llevará cabo en el club de diabéticos del Hospital General IESS Machala de la provincia del Oro, ciudad de Machala, el cual pertenece a la zona 7, está ubicado al sur-este de la ciudad, en las calles Avenida Alejandro Castro Benítez y Vía Pajonal.

Cuenta con: Especialidades Básicas: Pediatría, Ginecología, Medicina interna, Cirugía General, Odontología, Medicina Familiar. Asi mismo con: Subespecialidades Clínicas (Nefrología, Reumatología, Neurología, Neumología, Infectologia, Cardiología, Fisiatría, Gastroenterología); Subespecialidades Quirúrgicas (Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Traumatología, Oftalmología). Tambien áreas criticas como: UCI, Neonatología, Emergencia, Unidad de Diálisis y Unidad de Pie Diabético.

Además, diferentes grupos: Club de Diabetes, Club de Geriatría, Club de Parkinson y Club de Hipertensión..

6.3 Población y Muestra.

Respecto al universo estará conformado por 50 pacientes que asisten de forma regular al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala, así mismo, el universo sirvió como muestra.

6.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 que asisten al club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.

6.3.2 Criterios de Exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus de tipo I.
- Pacientes que se negaran a participar en el trabajo de investigación.

6.4 Técnicas e instrumentos para recolección de datos.

En el presente trabajo de investigación se utilizará la técnica de encuesta y el instrumento un cuestionario denominado IMEVID(Anexo N°3); Este modelo fue validado y creado en el Instituto del Seguro Social de la Ciudad de México en el año 2010. El instrumento estará conformado por 25 ítems constituido por preguntas cerradas, con 3 opciones de respuesta con valores de 0, 2 y 4, siendo este el valor más esperado; de donde se obtiene una escala de 0 a 100 puntos. se evaluarán de acuerdo a la siguiente escala: (75-100) muy saludable, (50-74) saludable, (25-49) poco saludable, (0-24) no saludable.

La Medición de las dimensiones del Estilo de Vida se calificará de acuerdo:

- Dieta (preguntas de la 1 a la 9, con una puntuación máxima de 36).
- Actividad física (preguntas de la 10 a la 12, con una puntuación máxima de 12).
- Consumo de Alcohol (preguntas de la 13 a la 14, con una puntuación máxima de 8).
- Consumo de tabaco (preguntas de la 15 a la 16, con una puntuación máxima de 8).
- Conocimiento sobre la enfermedad (preguntas de la 17 a la 18, con una puntuación máxima de 8).
- Aspecto Emocional. (preguntas de la 19 a la 21, con una puntuación máxima de 12).
- Adherencia al tratamiento (preguntas de la 22 a la 25, con una puntación máxima de 16)

6.5 Procedimiento para recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitará la autorización al presidente de la Dirección Técnica; el mismo que me autorizará para realizar el trabajo de investigación, luego se coordinará con el presidente del club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.

Posteriormente se aplicará la encuesta (IMEVID) a los pacientes del club de diabéticos, los mismos que se reúnen el último viernes de cada fin de mes en los exteriores del Hospital General IESS Machala,

Además, se les informará sobre el procedimiento que se llevará a cabo y las razones por las cuales se llevará a efecto, y para respaldo de lo mismo, se les hará firmar el consentimiento informado (Anexo 2) con el fin de que el usuario sienta la confianza suficiente de que es un estudio confiable y para asegurar su confidencialidad.

6.6 Plan de tabulación y análisis

Para la realización de tabulación y análisis se utilizará el programa de Excel versión 2010, el mismo que tiene funciones para análisis de datos para crear tablas y gráficas con data compleja.

6.7 Presentación de los resultados

Los resultados que se obtenga de la aplicación de los instrumentos, serán tabulados, en forma de tablas, donde también se incluirá el análisis e interpretación respectiva, para posteriormente proceder a su discusión

Además, los resultados obtenidos del estudio de investigación en relación a los objetivos planteados serán difundidos en el repositorio digital de la universidad, de manera que sirvan como base para futuras investigaciones.

7. Matriz de Operacionalizacion de Variables

Variables	**Definición conceptual**	**Dimensiones**	**Indicadores**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Ítems**
Estilos de Vida	El **estilo de vida es** un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.(Chisaguano & Ushiña, 2015).	Dieta	Hábitos alimentarios	Cualitativa Cualitativa Cuantitativa Cuantitativa Cualitativa	Nominal Nominal Intervalo Intervalo Nominal	¿Con qué frecuencia come verduras? ¿Con qué frecuencia come frutas? ¿Cuántas piezas de pan come al día? ¿Cuántas tortillas de maíz, trigo, queso, come al día? ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas? ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo? ¿Come alimentos entre comidas? ¿Come alimentos fuera de casa? ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?
		Ejercicio	Hábitos Recreativos.	Cualitativa	Nominal	¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? ((Caminar rápido, Correr o algún otro.). ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo? ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?
		Consumo de cigarrillos.	Hábitos nocivos	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Intervalo	¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
		Consumo de Bebidas alcohólicas.	Hábitos de nocivos	Cualitativa Cuantitativa	Nominal Intervalo	¿Bebe alcohol? ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?

		Conocimiento sobre la enfermedad.	Percepción de la enfermedad.	Cuantitativa Cualitativa	Intervalo Nominal	¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido? ¿Trata de tener información sobre la diabetes?
		Aspecto Psicológico	Estado emocional	Cualitativa	Nominal	¿Se enoja con facilidad? ¿Se siente triste? ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?
		Adherencia al tratamiento	Cumplimiento terapéutico	Cualitativa	Nominal	¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes? ¿Sigue dieta para diabético? ¿Olvida tomar sus medicamentos para diabetes o aplicarse insulina? ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles. (Rabires, s.f.)	Sexo	Identidad sexual	Cualitativa	Nominal	Masculino/ Femenino
		Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Edad Menor de 64 / Mayor de 65
		Estado Civil	Situación Legal	Cualitativa	Nominal	Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ). Unión Libre ( )
		Instrucción	Nivel de escolaridad	Cuantitativa	Ordinal	Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
		Ocupación	Actividad a la que se dedica	Cualitativa	Nominal	Empleado ( ) Comerciante ( ) Campesino ( )Obrero ( ) Hogar ( ) jubilado ( ) otras ( )
		Tipo de Seguro	Seguro al que pertenece el Afiliado	Cualitativa	Nominal	General ( ) Campesino ( )ISPOL ( ) ISSFA ( ) Otras ( )

8. Recursos

8.1 Recursos Humanos

- Directora de Tesis.
- Autor: Byron David Garrochamba Peñafiel.
- Personas que participaron en la investigación.

8.2 Recursos Materiales

- Cuestionario (IMEVID) y consentimiento informado.
- Impresora.
- Folder.
- Esferos (10 unidades).
- Corrector.
- Mandil.
- Celular para toma de fotos.
- Computadora.
- Memory flash

9. Presupuesto

Rubro	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Impresiones de formularios de encuestas y consentimiento informado	300	0.01 cent	3 $
Folder	4	1 $	4$
Esferos	10	0.30	3 $
Transporte		0.25	20 $ mes
Alimentación		3	80 $ mes
Total			**110$**

10. Cronograma

FECHA / ACTIVIDADES	OCTUBRE 2019				NOVIEMBRE 2019				DICIEMBRE 2019				ENERO 2020				FEBRERO 2020				MARZO 2020			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Aprobación del proyecto																								
Validación del instrumento de recolección de datos (prueba piloto)	X	X																						
Completar el marco teórico			X	X																				
Trabajo de campo: aplicación del instrumento de recolección de datos en el área y grupo de estudio.					X																			
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto					X	X	x	X	X	X	X	x												
Tabulación, análisis y presentación de los resultados													X	X	X									
Discusión, conclusiones y recomendaciones																X	X	X						
Presentación del Informe final de tesis																			X	X	X	X	X	X

11. Bibliografía

Asif, M. (2014). The prevention and control the type-2 diabetes by changing lifestyle and dietary pattern. *Journal of Education and Health Promotion*, *3*(1), 1. Recuperado de. https://doi.org/10.4103/2277-9531.127541

Alvarez, A., & Bermeo, M. (2015). *Estilo de Vida en pacientes Diabéticos que acuden a la Consulta En La Fundación Donum, Cuenca, 2015* (Universidad de Cuenca). Recuperado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24216/1/proyecto de investigación.pdf

Aguilar, C. (2019). Asociacion Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Con medicina basada en evidencia.Edición 2019. Recuperado de: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

Brajkovich, I. E., Aschner, P., Taboada, L., Camperos, P., Gómez-Pérez, R., Aure, G., … Fuentes, O. (2019). *Consenso ALAD. Tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad*. *9*(1), 40–75. Recuperado de. https://doi.org/10.24875/ALAD.19000369

Canteño, V. (2018). *"Estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo 2, de los consultorios externos del hospital san juan de lurigancho.* (Universidad privada de norbert wiener facultad de ciencias de la salud escuela academico profesional de enfermeria). Recuperado de. http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2579/TESIS Ayte Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chisaguano, D., & Ushiña, R. (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 Latacunga de julio-agosto del 2015. (Universidad Central de Ecuador). Recuperado de. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf

Gavilanes, F. (2014). *Evaluación del conocimiento y prácticas dietéticas en pacientes con dmt2 que acuden al scs nuevos horizontes del cantón pasaje el oro desde enero a junio del 2014¨*. Ecuador.

Hospital General Machala. (2018). *Perfil Epidemiológico* (pp. 1–15).. Machala.

INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de Anuario de Camas Y egresos Hospitalarios: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2015/Compendio.pdf

Jaramillo, J. A. (2018). *Indicaciones de Supervivencia "Programacion de las comidas"*. Loja: Endocrinologia- Nutricion.

Mediavilla Bravo, J. J., Alonso Fernández, M., Santiago Nocito, A., Moreno Moreno, A., Carramiñana Barrera, F., López Simarro, F., … Pérez Unanua, M. (2015). Guías Clínicas. Diabetes mellitus. *Guías Clínicas Semergen*, 4. Recuperado de. https://doi.org/10.5177/ntvt.2012.02.11253

Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atencion Primaria*, *48*(6), 406–420. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001

OMS. (2018). La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas. Recuperado de: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360

Paredes, N. (2014). *Evaluación del conocimiento y prácticas dietéticas en pacientes con dmt2 que acuden al scs nuevos horizontes del cantón pasaje el oro desde enero a junio del 2014¨* (Universidad Tecnica de Machala). Recuperado de. http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/856/7/CD00191-Trabajo Completo-.pdf

Pilar Hevia V., E. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *27*(2), 271–276. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.016

Powers MA, Bardsley J, C. M. (2018). Lifestyle management: Standards of medical care in Diabetes. *Diabetes Care*, *41*, 38–50. https://doi.org/10.2337/dc18-S004

Resendiz, R.; Leija, C. (2010). Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2. *Sanid Milit*, *64*(5), 211–223.

Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2010/sm105c.pdf

Salvador, M., Díaz, G., & Romero, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. In *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* (Vol. 49). Recuperado de. https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf

Vargas-Uricoechea, H., & Casas-Figueroa, L. Á. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clin Investig Arterioscler*, *28*(5), 245–256. Recuperado de. https://doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002

Yacquelyn, L.& Banasik, J. (2019). *Pathophisiology* (6th ed., Vol. 53). Recuperado de. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

12. Anexos

1. Matriz de Consistencia

TEMA	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÍNDICE DEL MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala	**Objetivo general** Determinar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 que asisten al club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala **Objetivos específicos.** Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio, que acuden al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala. Identificar el estilo de vida en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.	¿Cuáles son los estilos de vida en los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala?	• Diabetes mellitus tipo 2 • Fisiopatologia • Factores de Riesgo • Cuadro Clinico • Diagnostico • Tratamiento • Complicaciones • Estilos de vida en pacientes Diabéticos. • Tipos de Estilos de vida • Estilos de vida en Diabeticos • Dieta • Abandono del tabaco. • Abandono del consumo de alcohol. • Actividad física	En el presente trabajo de investigación se utilizará la técnica de encuesta (Anexo N°2) y el instrumento un cuestionario denominado IMEVID; Este modelo fue validado y creado en el Instituto del Seguro Social de la Ciudad de México en el año 2010. El instrumento estará conformado por 25 ítems constituido por preguntas cerradas, con 3 opciones de respuesta con valores de 0, 2 y 4, siendo este el valor más esperado; de donde se obtiene una escala de 0 a 100 puntos. se evaluarán de acuerdo a la siguiente escala: (75-100) muy saludable, (50-74) saludable, (25-49) poco saludable, (0-24) no saludable. El estilo de vida puede ser agrupada en 7 dominios:

	Conocer el estilo de vida según sus dimensiones, en los pacientes que asisten al club de diabéticos del Hospital General IESS Machala.		• Educación • Condición Psicológica • Adherencia al tratamiento.	• Dieta (preguntas de la 1 a la 9, con una puntuación máxima de 36). • Actividad física (preguntas de la 10 a la 12, con una puntuación máxima de 12). • Consumo de Alcohol (preguntas de la 13 a la 14, con una puntuación máxima de 8). • Consumo de tabaco (preguntas de la 15 a la 16, con una puntuación máxima de 8). • Conocimiento sobre la enfermedad (preguntas de la 17 a la 18, con una puntuación máxima de 8). • Aspecto Psicológico: Emocional. (preguntas de la 19 a la 21, con una puntuación máxima de 12). • Apego al tratamiento (preguntas de la 22 a la 25, con una puntación máxima de 16) .

Anexo 2. Consentimiento Informado

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería.

Documento de Consentimiento Informado

Formulario N°.....

El presente formulario de Consentimiento Informado está dirigido a los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2 que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala y que se les invita a participar en la investigación "Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala"

Llevado a cabo por mi persona Byron David Garrochamba Peñafiel estudiante del octavo ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria su participación contribuirá a encontrar respuestas a la pregunta de investigación planteada y generar nuevos conocimientos en torno al tema de este trabajo, sirviendo de base para investigaciones futuras; aportando valiosa información al respecto.

La información que recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y en caso de dudas, no dude en preguntar.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 3. Instrumento IMEVID

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

Proyecto: "ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2, QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL GENERAL IESS MACHALA"

Encuesta

Formulario N°……...

Introducción: El estilo de vida es un método usual como el individuo desarrolla su vida cotidiana, es la forma como interactúa entra las condiciones de vida mediante patrones determinados por componentes socioculturales. Por lo tanto, le solicito de la manera más comedida responda, lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses; con la finalidad de recolectar información para la realización del proyecto de tesis denominado "Estilos de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2, que asisten al Club de Diabéticos del Hospital General IESS Machala", dicha información será de carácter anónimo y será utilizada únicamente para este fin**.**

Instrumento IMEVID (Resendiz, R.; Leija, 2010).

1. **Datos Generales:**

Nombre: _____CI:……..**Sexo:** F….M…..
Edad_____ Fecha de aplicación del Cuestionario: ……
Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Unión Libre ( )
Nivel Escolar: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
Ocupación: Empleado ( ) Comerciante ( ) Campesino ( )Obrero ( ) Hogar ( ) jubilado ( ) Otras ( )
Tipo de Seguro: General ( ) Campesino ( )ISPOL ( ) ISSFA ( ) Otras ( )

2. Estilos de Vida.

I. Dimensión Dieta

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?

   Todos los días de la semana ( ) Algunos días ( ) Casi nunca ( )
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?

   Todos los días de la semana ( ) Algunos días ( ) Casi nunca ( )
3. ¿Cuántas piezas de pan como al día?
   0 a 1 ( ) 2 ( ) 3 o más ( )
4. ¿Cuántas tortillas de maíz, trigo, queso, come al día?
   0 a 3 ( ) 4a 6( ) 7 o más ( )
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )
7. ¿Come alimentos entre comidas?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
8. ¿Come alimentos fuera de casa?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( )
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?
   Casi nunca ( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )

II. Dimensión: Actividad Fisica (Ejercicio)

10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? ((Caminar rápido, Correr o algún otro.)
    3 o más veces por semana ( ) 1 a 2 veces por semana ( ) Casi nunca ( )
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?
    Casi siempre ( ) Algunas veces ( ) Casi nunca ( )
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?
    Salir de casa ( ) Trabajos en casa ( ) Ver televisión ( )

III. Dimensión: Consumo de Cigarrillos

13. ¿Fuma?
    No fumo ( ) Algunas veces( ) Fumo a diario ( )
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
    Ninguno ( ) 1 a 5 ( ) 6 o más ( )

IV. Dimensión: Consumo de Bebidas Alcohólicas.

15. ¿Bebe alcohol?
    Nunca ( )Rara vez ( ) 1 vez o más por semana ( )
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?
    Ninguna ( ) 1 a 2 ( ) 3 o más ( )

V. Dimensión Educación (Conocimiento sobre la enfermedad)

17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?
    4 o más ( ) 1 o 3 ( ) Ninguna ( )
18. ¿Trata de tener información sobre la diabetes?
    Casi siempre ( )Algunas veces ( ) Casi nunca ( )

VI. Dimensión: Aspecto Psicológico (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 el futuro?
    Casi nunca( ) Algunas veces ( ) Casi siempre ( )

VII. Dimensión. Adherencia al tratamiento.

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

¡Gracias por su colaboración ¡