



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodríguez

ASESOR:

Mg. Patricia del Rocio Chávarry Ysla

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Problemática en Salud Pública

PERÚ- 2017

DEDICATORIA

A mis queridos padres Omar y Silvia, por el apoyo incondicional durante toda la trayectoria de mi vida personal, laboral y académica, inculcándome valores para seguir adelante, logrando mis metas trazadas.

A la bendición más grande que Dios me pudo haber dado mi hijo Liam, quien es mi gran motivación y fortaleza para seguir adelante y para cada día ser mejor profesional.

Aracelly Ingrid

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, quienes con su profesionalismo y dedicación permiten una formación invaluable.

Debo agradecer de manera especial a mi asesora Mg. Patricia del Rocio Chávarry Ysla, por su apoyo, comprensión, paciencia y compartir sus conocimientos en el asesoramiento de esta tesis, la cual hizo posible la realización y culminación.

Finalmente, agradecer al director del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, por permitir contar con la participación de los usuarios para el presente estudio de investigación.

La Autora

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Se presenta la tesis titulada “Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus Tipo II, Centro de atención Primaria II San Jacinto, 2015”, realizada de conformidad con el Reglamento de Investigación de Postgrado vigente, para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

El informe está conformado por seis capítulos: capítulo I, introducción; capítulo II, método; capítulo III, resultados; capítulo IV, discusión; capítulo V, conclusiones y capítulo VI, recomendaciones; además se incluye las referencias y el anexo correspondiente.

Segura del reconocimiento del aporte del presente trabajo de investigación se está presta a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomaran en cuenta en beneficio de los usuarios del centro de atención primaria II San Jacinto, puesto que toda investigación contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en los servicios de salud.

Se espera, que está investigación concuerde con las exigencias establecidas por nuestra Universidad y merezca su aprobación.

La Autora

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
Carátula.....	i
Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos.....	19
1.3 Teorías relacionadas con el tema.....	29
1.4 Formulación del problema.....	42
1.5 Justificación del estudio.....	42
1.6 Hipótesis.....	43
1.7 Objetivos.....	45
II. MÉTODO.....	46
2.1. Diseño de investigación.....	47
2.2. Variables, Operacionalización.....	48
2.3. Población y muestra.....	50
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	50
2.5. Métodos de análisis de datos.....	53
2.6. Aspectos éticos.....	53
III. RESULTADOS.....	56
IV. DISCUSIÓN.....	72
V. CONCLUSIONES.....	85
VI. RECOMENDACIONES.....	88
VII. REFERENCIAS.....	90
ANEXOS.....	101

Anexo 1: Instrumentos.....	102
Ficha técnica de los instrumentos.....	104
Validez de los instrumentos.....	109
Confiabilidad de los instrumentos.....	109
Anexo 2: Matriz de Consistencia.....	123
Anexo 3: Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio.....	124
Anexo 4: Otros	
Consentimiento informado.....	125
Base de datos.....	127

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, de corte transversal, tuvo como objetivo general determinar la relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, la población total fue igual a la muestra utilizada el cual estuvo conformada por 50 pacientes del servicio de enfermería, para la recolección de datos se aplicaron dos cuestionarios estructurados para identificar el estilo de vida y el autocuidado, con una confiabilidad de 0,8490 y 0,8150 según el coeficiente alfa de Crombach, el cual fue procesado por el Software SPSS Statistic versión 24, por otro lado de la información obtenida se elaboraron tablas y gráficos simples y porcentuales en el programa Microsoft Excel 2010, se aplicó la prueba Chi – cuadrado (X^2), para determinar la relación entre las variable con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Los resultados indicaron que el 64% tienen un estilo de vida no saludable y una menor proporción de 36% un estilo de vida saludable, por otro lado el 70% tiene un autocuidado malo, mientras el 30% tiene un autocuidado bueno.

Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.

Palabras clave: Estilo de vida, autocuidado, adulto, diabetes mellitus

ABSTRACT

The present quantitative research, descriptive correlational, cross-sectional design, had as general objective to determine the relationship between lifestyle and self-care of the adult with type II diabetes mellitus of the San Jacinto Primary Care Center, total was equal to the sample used, which consisted of 50 patients from the nursing service. For the data collection, two structured questionnaires were used to identify the lifestyle and self-care, with a reliability of 0.8490 and 0.8150 according to the Crombach alpha coefficient, which was processed by the SPSS Statistic Software version 24, on the other hand of the obtained information, simple and percentage tables and graphs were elaborated in the Microsoft Excel 2010 program, the chi - square test (χ^2), to determine the relationship between the variables with a level of statistical significance of $p < 0.05$. The results indicated that 64% have an unhealthy lifestyle and a lower proportion of 36% a healthy lifestyle, on the other hand 70% have poor self-care, while 30% have good self-care.

Concluding that there is a statistically significant relationship between lifestyle and self-care of the adult with type II diabetes mellitus, primary care center II San Jacinto, 2015.

Keywords: Lifestyle, self-care, adult, diabetes mellitus

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica del metabolismo, que se ha desarrollado con una velocidad alarmante en los últimos tiempos, siendo la más prevalente la diabetes tipo II, que constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el cual tiene un elevado costo sanitario y social, y es la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La población que la padece tiene un alto riesgo de presentar complicaciones crónicas de neuropatía, nefropatía, retinopatía, enfermedad vascular periférica, enfermedades cardiovasculares, amputaciones, entre otros, que se incrementa con la edad y con el tiempo de evolución de la enfermedad (Díaz, O. 2000, p. 2).

Su prevalencia continúa en aumento en el mundo como resultado de una serie de factores socioculturales, como el sedentarismo, la obesidad entre otros, y los cambios asociados a los estilos de vida, ya que este es un constructor complejo que desempeña un papel central en el estado salud – enfermedad, por ende podemos decir que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus están relacionados con factores de estilos de vida (Pérez, E. et al., 2015, p.192).

Para prevenir y disminuir la incidencia y mortalidad de la enfermedad se debe trabajar más en estrategias orientadas hacia la prevención primaria y medidas de control a través de atención médica continua, educación para el autocuidado y mantenimiento de la salud siendo éste último de vital importancia. Así mismo teniendo en cuenta que el autocuidado es el pilar fundamental para prevenir y/o disminuir el riesgo de aceleración de la enfermedad, el individuo debe realizar acciones con responsabilidad en el cuidado de su salud, el cual se ve estrechamente vinculado con diversos factores sociales y culturales así como el conocimiento acerca de la enfermedad (Pimentel, J., Sanhueza, O., Gutiérrez, J., Gallegos, E., 2014, p.60).

1.1 Realidad problemática:

A nivel internacional, se puede evidenciar que la diabetes mellitus tiene una elevada morbilidad y mortalidad, siendo un problema emergente a nivel mundial en la última década. Para la Federación Internacional de Diabetes (2014), señala que en el mundo existirían 387 millones de personas con diabetes, de los cuales 179 millones, representando el 46% estarían no diagnosticados. Y un gran porcentaje tienen entre 40 y 59 años. En América habría alrededor de 64 millones de personas con diabetes, tal es el caso de América del Norte y el Caribe 39 millones, así como en América central y América del sur 25 millones. Se estima que para el año 2035 en la región de América central y América del sur la prevalencia de diabetes se incrementara a 60%. El 77% de las personas con diabetes viven en países con ingresos económicos medianos y bajos. Se estima que para el año 2035 en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos diabéticos. (p.1). Para la OPS (2016), la prevalencia de diabetes más elevada lo presentan los países: Belice con el 12,4%, México el 10.7%. Así como Bogotá, Managua, ciudad de Guatemala en un porcentaje de 8 a 10%, y Estados Unidos el 9,3%. Por otro lado realizaron un estudio clínico en seis países latinoamericanos, en el cual determinaron que las personas que han presentado diabetes por más de veinte años, han tenido complicaciones crónicas como: daño renal 1,5%, retinopatías 48%, ceguera 6,7%, neuropatías 42%, amputaciones de miembros inferiores 7,3%, accidentes cerebrovasculares 3,3%, infarto de miocardio 6,7%. (párr.2). Por otro lado para la OMS (2016), señala que la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el año 2030. “Se logró determinar que en el año 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue del 9% en mayores de 18 años. Asimismo durante el año 2012 fallecieron 1,5 millones de personas a consecuencia de la diabetes” (párr.4).

En México, la diabetes mellitus tipo II, se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. Se estimó para el año 2030, que 171 mil diabéticos tendrán discapacidad entre la edad de 45 años a más (párr.2).

En Argentina según estadísticas de la OMS (2016), la prevalencia de la diabetes fue en hombres el 10.0%, en mujeres 10.5%, así como los factores de riesgo conexos: Sobrepeso en hombres 63.9%, mujeres 60.6%; en obesidad el Porcentaje en hombres fue de 23.6%, mujeres 29.4% y en inactividad física en hombres 35.7%, mujeres 44.1%. Así mismo tuvo el número de muertes atribuibles a la hiperglucemia en las edades de 30 a 69 años: hombres (4 150), mujeres (2 240), de 70 años a más: hombres (6 450), mujeres (9 410). Por último el número de muertes por diabetes entre las edades de 30 a 69 años: hombres (1 910), mujeres (1 310) y de 70 años a más: hombres (2 720), y en mujeres 3 500 (p.1). En España (2016), la prevalencia de la diabetes fue en hombres el 10.6%, en mujeres 8.2%, así como los factores de riesgo conexos: Sobrepeso en hombres 70.3%, mujeres 60.9%; en obesidad en hombres fue de 24.9%, mujeres 28.0% y en inactividad física en hombres 29.2%, mujeres 37.4%. El número de muertes atribuibles a la hiperglucemia en las edades de 30 a 69 años: hombres (2 090), mujeres (630), de 70 años a más: hombres (8 590), mujeres (11 100). Por otro lado el número de muertes por diabetes fueron de 30 a 69 años: hombres (730), mujeres (350) y de 70 años a más: hombres (3 730), y en mujeres 5 610 (p.1). En Brasil (2016), la prevalencia de la diabetes fue en hombres el 7.4%, en mujeres 8.8%, así como los factores de riesgo conexos: Sobrepeso en hombres 55.3%, mujeres 53.2%; en obesidad en hombres fue de 17.2%, mujeres 22.9% y en inactividad física en hombres 24.9%, mujeres 29.4%. Es preciso mencionar que el número de muertes atribuibles a la hiperglucemia en las edades de 30 a 69 años fueron en: hombres (24 200), mujeres (21 100), de 70 años a más: hombres (25 200), mujeres (36 100). Por otro lado el número de muertes por diabetes fueron de 30 a 69 años: hombres (15 000), mujeres (14 900) y de 70 años a más: hombres (16 900), y en mujeres 25 900 (p.1). En Chile (2016), la prevalencia de la diabetes fue en hombres el 10.7%, en mujeres 12.0%, así como los factores de riesgo conexos: Sobrepeso en hombres 63.9%, mujeres 64.4%; en obesidad en hombres fue de 23.7%, mujeres 33.1% y en inactividad física en hombres 17.6%, mujeres 25.5%.

Así mismo tuvo el número de muertes atribuibles a la hiperglucemia en las edades de 30 a 69 años: hombres (1 300), mujeres (710), de 70 años a más: hombres (1 950), mujeres (1 860). El número de muertes por diabetes fueron de 30 a 69 años: hombres (640), mujeres (420) y de 70 años a más: hombres (1 000), y en mujeres 1 150 (p.1). Por otro lado en Perú (2016), la prevalencia de la diabetes fue en hombres el 6.4%, en mujeres 7.5%, así como los factores de riesgo conexos: Sobrepeso en hombres 52.8%, mujeres 60.7%; y obesidad en hombres 15.2%, mujeres 25.5%. Cabe señalar que el número de muertes atribuibles a la hiperglucemia en las edades de 30 a 69 años fueron en: hombres (1 230), mujeres (1 110), de 70 años a más: hombres (1 340), mujeres (1 550). Y el número de muertes por diabetes entre las edades de 30 a 69 años fueron en: hombres (710), mujeres (640) y de 70 años a más: hombres (750), y en mujeres 850 (p.1).

A nivel nacional, en los resultados obtenidos por Essalud (2015), señala que del total de la población asegurada que ha sido diagnosticada con diabetes el 52,9% pertenece al género femenino, y el 47,1% masculino. Así mismo el 65,0% de esta población con diabetes diagnosticada, son los titulares del seguro de salud y el 35,0% restante son derechohabientes (cónyuge, concubino (a), gestante, hijos). De otro lado del total de los asegurados de 60 a más años de edad, son más propensos a este tipo de afección, los cuales representan al 56,4%, seguido de aquellos que tienen de 30 a 59 años de edad, que convocan al 42,1%. Los asegurados que padecen de esta enfermedad en su mayoría han alcanzado el nivel de instrucción secundaria 39,9% y superior 39,3%, por debajo de estas cifras encontramos a los del nivel primario que reúnen al 15,4%. Los grupos ocupacionales en los que se encuentran estos asegurados con diabetes, el 63,2%, se desempeña como empleado, seguido de aquellos que laboran como trabajadores independientes con el 25,8% y el 7,6%, los que ejercen actividades laborales como obreros. El 87,9%, de esta población recibe tratamiento. De esta población tratada, el (52,2%) pertenecen al género femenino.

La predominancia de la población con tratamiento de esta enfermedad, es mayor en los titulares del seguro de salud 65,2%, y de los derechohabientes 34,8%. Son los cónyuges de los jefes de hogar los que concentran a la mayor población que recibe tratamiento de esta enfermedad, con el 90,4%, correspondiendo el 9,6% restante a los convivientes de los mismos. Finalmente el 59,4% de asegurados que reciben tratamiento de la diabetes, pertenecen al grupo de 60 a más años de edad, seguidos por los que tienen de 30 a 59 años, los cuales reúnen al 39,5% (p.33). (Piura tiene una de las mayores incidencias de diabetes e hipertensión, 2015, enero 25), según reporte de la Dirección Regional de salud (Diresa)- Piura, en el Perú esta ciudad representa el 8% de la población que padecen diabetes, así como el 15% tienen hipertensión arterial. Así mismo señalaron que tiene que ver mucho el tema alimenticio, el sedentarismo y el consumo excesivo de tabaco y alcohol, la incidencia de estas enfermedades. (20 mil personas conviven con la diabetes en Tacna, 2016, julio 15), el jefe del programa de diabetes e hipertensión del hospital Hipólito Unanue, Augusto Antezana Román, indicó que existe una prevalencia de 7.2% de diabetes en la población peruana. Esto extrapolado a la población tacneña representa unos 20 mil habitantes. De los cuales solo el 40% se efectúa un control o sabe que tiene dicho padecimiento. Tacna es la primera ciudad con población infantil obesa y la sexta en adultos con tal característica. Tal es así que han aumentado los diabéticos entre los jóvenes. (Uno de tres Arequipeños tendrá diabetes en 2017, 2016, abril 07), el investigador y decano del Colegio Médico de Arequipa, Wilfredo Pino Chávez, indicó que en los últimos años las cifras de arequipeños con diabetes se han elevado, al punto de poner a Arequipa en el segundo lugar de personas diabéticas, después de Lima. Así mismo señaló que el 40.5% de la población de 25 años tiene sobrepeso, el 18.5% es obesa y el 7% tiene diabetes tipo 2. Estas cifras hacen presagiar que en 2017 uno de tres arequipeños tendrá este mal. Para darle mayor sustento a esta teoría, Wilfredo Pino realizó un estudio a 750 alumnos del nivel primario en el distrito de Sachaca. Allí encontró que el 25 % de los niños presentaba un diagnóstico de obesidad y otro 27% sobrepeso (párr.2).

El INEI (2016), afirma que la diabetes mellitus en el Perú representa el 2,9% en la población, a partir de la edad de 15 años a más, en el cual el género femenino representa el 3,2% y masculino el 2,7%. Asimismo por región natural, el porcentaje más elevado de personas con diabetes se encuentra en Lima Metropolitana el 4,5% y en la Sierra el 1,6%. Representando el quintil superior de riqueza el 5,2% y el inferior fue de 1,0%, quienes padecen la enfermedad. Es preciso señalar que el 73,6% de las personas que fueron diagnosticadas, compró o recibió medicamentos para controlar la enfermedad al menos una vez. Y aquellos que reciben tratamiento médico son el 77,8% en mujeres y el 67,1% en hombres. En la Selva las personas que accedieron a medicamentos para tratar la diabetes corresponden a las edades de 15 años a más, representando el 78,6%, en la Sierra el 53,5%, en la Costa (sin Lima Metropolitana) el 78,3% y en Lima Metropolitana el 77,8% (párr.3).

A nivel regional, la Dirección Regional de salud Ancash (2011), señala que entre las diez primeras causas de mortalidad en adulto comprendidas entre las edades de 30 a 59 años de edad, fue la diabetes mellitus con el 4,02%, presentándose en el hombre el 2,51%, y en la mujer el 2,95%. En la provincia de Carhuaz (2011), la situación de salud que se presentó entre las diez primeras causas de mortalidad fue la enfermedad de diabetes mellitus con el 4,44%, y en la provincia de Yungay el 2,95%, según información emitida por la dirección regional de salud Ancash. Por otro lado en la provincia de Santa (2011), según el análisis de situación de salud emitida por la DIRES Ancash, señalo que una de las primeras causas de mortalidad fue la diabetes mellitus, representado por el 4,04%, y en la provincia de Casma fue el 2,57%. Para (Sausa, 2014, Noviembre 08). El jefe del servicio de Endocrinología del Hospital Dos de Mayo César Arbañil Huamán, señalo que hace 15 años en la ciudad de Huaraz la prevalencia de diabetes fue baja de 1,5% y que ahora tiene el 4,4% de casos evidenciándose un crecimiento importante. (párr.6). Para la Dirección regional de salud Ancash (2014), según la dirección de estadística e informática, menciona que las diez primeras causas de mortalidad general fue la diabetes mellitus con el 2,73%, la

mortalidad en el adulto de 30 a 59 años que presentaron diabetes fue el 4,68%, y en el adulto mayor de 60 años a más el 2,73%. Por último en la provincia de Huaraz (2014), una de las primeras causas de mortalidad según la dirección regional de salud Ancash fue la enfermedad de diabetes mellitus representando el 3% de la población. Por otro lado en la provincia de Carhuaz fue el 4%. Y para la provincia de Corongo el 7% (pg.55)

A nivel Local el Diario de Chimbote (2014), la diabetes se incrementa a pasos agigantados por malos hábitos, en el día mundial de la diabetes la asesora clínica de Diabetes en la región Ancash, Ivonne Cuadros Rivera informó que se han reportado en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, 610 casos de personas que padecen este mal, causado por los malos estilos de vida que desarrollan ya que en cifras estadísticas el aumento ha sido casi de un 7% de personas que padecen esta enfermedad presentándose mayormente en personas de 30 y 59 años (parr.2). Así mismo la Oficina de Estadística del Hospital Eleazar Guzmán Barrón (2012), en Nuevo Chimbote señala que existen 117 casos de diabetes mellitus siendo un 1.5%, divididos entre el sexo masculino (36) y sexo femenino (81) casos respectivamente, constituyendo como los principales grupos de causa de morbilidad registrada en hospitalización siendo el más prevalente en el sexo femenino. La morbilidad hospitalaria por grupo de edad más prevalente es de 30- 59 años y los 60- 79 años (pg.17). Por otro lado el Hospital La Caleta oficina de estadística (2015), señala que existen 519 casos de Diabetes Mellitus, que representa un incremento en más del 10% de los cuales 4 son niños menores de 11 años y 3 son adolescentes, presentándose mayormente en personas de 30 y 59 años. Por otro lado es preciso mencionar que durante el año 2014 se presentaron 468 casos (pg.18).

1.2 Trabajos previos:

A nivel internacional

Para Rivera, L. (2006), en su estudio en Colombia, titulado: Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia, tuvo como objetivo describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo, la muestra estuvo constituida por 90 personas hospitalizadas, el instrumento utilizado fue una escala de Apreciación de la agencia de autocuidado, los resultados mostraron que el 53 % tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado y el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. Por el cual se concluyó que los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida (p.56).

Por otro lado para Hurtado, L. y Morales, C. (2012), en su trabajo de investigación en El Salvador que tuvo por título: Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. Junio a noviembre 2011, tuvo como objetivo Correlacionar los estilos de vida y la salud de los médicos del Hospital Regional de Sonsonate, su muestra estuvo constituida por 50 médicos, se utilizó por instrumento un cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida, obteniéndose como resultado, que el 12% de los profesionales evaluados tenían hábitos saludables, el 48% deficiencia en la práctica de una de las conductas, así como el 40% de los médicos practicas deficientes en dos a mas conductas. Evidenciándose que presentan deficiencias en sus estilos de vida. Por último se pudo concluir que la mayoría de los médicos y residentes de dicho hospital tienen hábitos de salud poco saludables (p.26).

Mientras que para Mondéjar, M., Rosas, L., Morgado, A., Hernández, N., Junco, G. (2013), en su trabajo de investigación en Cuba, titulado: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado. Tuvo como objetivo elevar el nivel de conocimientos sobre la importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus para lograr la longevidad con buena calidad de vida, la población estuvo constituida por 96 pacientes, el instrumento que utilizaron fue una encuesta, así mismo los resultados obtenidos fueron que el 78.5% de los diabéticos desconocían como llevar una dieta adecuada. Posteriormente al realizar la intervención educativa se pudo evidenciar que el 98.5% incremento su conocimiento en cuanto al tratamiento dietético. Y también se llegó a determinar que los pacientes conocían poco cómo prevenir el pie diabético. El 10.4% revisan diariamente los pies, el 41.6% uso de calzado adecuado y el 87.5% refirieron cortarse las uñas correctamente, mejorando sus conocimientos después de educarlos. Por consiguiente en el presente estudio se llegó a la conclusión que los pacientes diabéticos aprendieron la importancia del autocuidado para lograr una longevidad satisfactoria, así como una alimentación adecuada, la importancia de realizar actividad física, prevención de pie diabético, entre otros (p.43).

Así mismo para Alvear, R. (2014), en su investigación en Ecuador, que llevo por título: Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS-Cuenca-2014. Tuvo como objetivo establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor, su población estuvo conformada por 120 adultos mayores, el instrumento que utilizó fue el de CYPAC-AM. En el cual los resultados señalaron que el 30% de los adultos mayores, tuvo capacidad de autocuidado deficiente. Sin embargo hubo áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) como el control de adicciones en un 80%, actividad física el 65,8% y el control de medicación 64,2%. Por último el 40% de la población en estudio presento una percepción de autocuidado inadecuada en el área de control del descanso y sueño, así

como en el de eliminación. Llegándose a la conclusión que existe un déficit en el autocuidado de los adultos mayores (p.78).

Sin embargo para Laguado, E. y Gómez, M. (2014), en su estudio en Colombia, Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa, se planteó como objetivo determinar los estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga, la población estuvo constituida por 154 estudiantes, utilizando como instrumento un cuestionario, dentro de los resultados encontrados se evidencio que el 85,7% corresponde al género femenino, así como las dimensiones fortalecidas por encima de la media fue responsabilidad en salud en un 50,5%, relaciones interpersonales 53,4%, actividad física 46,7%, por debajo de la media, nutrición 49,6%, y manejo del estrés un 46%. Concluyéndose que en la etapa universitaria diferentes factores interfieren para mantener una vida saludable (p.61).

Por otro lado para Soler, Y., Pérez, E., López, M., Quezada, D. (2014), en su estudio de investigación realizado en Cuba, acerca de: Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se planteó el objetivo describir el nivel de conocimientos sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez del municipio Manzanillo. La población estuvo conformada por 22 pacientes, el instrumento que utilizaron fue elaborado por los investigadores, Nivel de conocimiento de la enfermedad y autocuidado, evidenciándose como resultado que el 90,9 % presenta ausencia de autocuidado. El nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus fue bajo en un 45,4 %. Llegando a la conclusión que los pacientes con diabetes mellitus tipo II presentaron bajo nivel de conocimientos sobre su enfermedad, así como ausencia de autocuidado (p.244).

Así mismo para Pérez et al (2015), en su estudio realizado en México, titulado: Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería, en el cual tuvo como objetivo evaluar el efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el nivel de conocimiento del personal de enfermería. En el cual la muestra estuvo constituida por 23 enfermeras del servicio de medicina interna, utilizando como instrumento un test de conocimiento de enfermería sobre autocuidado en personas con DM2, el mismo que fue diseñado por las autoras de la investigación. Obteniéndose resultados de conocimiento muy bajos, previa a la capacitación hasta en un 95% por parte del personal de enfermería. Posterior a la capacitación el nivel de conocimiento fue muy alto, como en el automonitoreo de la glucosa 91.3%, así como el 78.3% del personal alcanzó nivel alto en el área de ejercicio. Más del 90% del personal de enfermería respondió de forma correcta a las preguntas sobre definición de diabetes, así como diversos conocimientos sobre la enfermedad. Por consiguiente se pudo determinar que la capacitación tuvo un efecto favorable, más del 90% del personal de enfermería tuvo conocimiento sobre autocuidado de los pacientes con diabetes (p.193).

A nivel nacional

Para Corbacho, K., Palacios, N., y Vaiz, R. (2009), en su estudio en Lima, Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus, tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, que pertenece al Programa de Control de la Diabetes Mellitus del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la muestra estuvo conformada por 174 pacientes del programa, utilizaron como instrumento un cuestionario, encontrándose como resultados que el 54,4% de pacientes con conocimiento mala, tuvieron estilo de vida negativo, seguido de pacientes con conocimiento regular, el 59,1% presentaron estilos de vida negativos; pacientes con un nivel

de conocimiento bueno el 65,0% tuvieron estilos de vida positivos. Llegándose a la conclusión que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida (p.84).

Así como para García, M. (2011), en su investigación realizada en Trujillo, titulado: Influencia de los estilos de vida en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina, tuvo como objetivo determinar si los estilos de vida influyen en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, el cual tuvo como población muestral a 539 alumnos, el instrumento utilizado fue una encuesta. Obteniéndose como resultados que el 87% practica estilos de vida saludables y solo el 13% no lo hacía, en el rendimiento académico se encontró que el 75% tenían rendimiento académico bueno y un 8% en el rango de excelente, por ultimo al hacer la relación entre las variables estilos de vida y rendimiento académico se encontró que de los 482 alumnos que practicaban estilos de vida saludables 408 (74%) tuvieron un rendimiento académico bueno y 46 (08%) rendimiento excelente. Por lo cual se pudo determinar que los estilos de vida saludables sí influían en un buen rendimiento académico de los estudiantes de medicina (p.46).

Del mismo modo para Pardo, Y., Rodríguez, Y. (2012), en su estudio de investigación titulado: Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del pueblo joven la unión. Chimbote, tuvo como objetivo describir el estilo de vida según el estado de nutrición del adulto mayor; cuya población fue de 171 personas adultas mayores, los instrumentos que se utilizaron fueron tres: escala de estilo de vida, ficha de valoración nutricional del adulto mayor y la tabla de valoración nutricional según índice de masa corporal para adultos mayores. Encontrándose como resultados que solo el 3,5% tiene un estilo de vida saludable y el 96,5%, no saludable, prevaleciendo el estado nutricional normal (37,4%) del total, siendo mayor respecto al estado nutricional alterado el sobrepeso (26,9%); así como la delgadez (24%) y la obesidad en un 8,2%.

Llegándose a la conclusión que la mayoría de adultos mayores, presenta un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje, estilo saludable (p.36).

Así también para Morón, M. (2012), en su investigación realizada en Lima el cual tuvo por título: Relación entre estilo de vida y las características socio laborales de los enfermeros del hospital Sergio Bernales en el 2012, tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y características sociolaborales de los enfermeros. La muestra estuvo conformada por 110 enfermeros, el instrumento que utilizaron fue un cuestionario sobre prácticas de estilo de vida. En el cual se llegó a determinar que el 1,8% tuvo un estilo de vida no saludable; el 70%, poco saludable; seguido del 22,7% saludable, y el 5,5%, muy saludable. Por otro lado en la dimensión actividad física el 56,4% tuvo un estilo de vida no saludable. Así mismo en la dimensión recreación/ manejo de tiempo libre tuvo un estilo de vida no saludable en un 50,9% y hábitos alimenticios en un 55,5%. Por consiguiente se encontró relación significativa entre estilos de vida y capacitación. Por otro lado se determinó que no hay relación significativa entre estilos de vida y edad, tiempo de servicio y área de trabajo. Por último se pudo evidenciar que los enfermeros que laboran en el Hospital Sergio Bernales tienen estilos de vida poco saludables en la mayoría de las diversas dimensiones (p.38).

Por otro lado para Cabanillas, M., Manturano, Z. (2013), en su trabajo de investigación en Lima, titulado: Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013, tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de enfermería. La muestra estuvo constituida por 45 enfermeras. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fue la Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado y un cuestionario elaborado por la investigadora para evaluar la variable conocimiento. Entre los resultados

obtenidos fue que el 8.9% del profesional de enfermería tiene practicas adecuadas a pesar de no conocer sobre el autocuidado, el 26.7% está en la escala de conocer y práctica adecuadamente su autocuidado. Y el 42.2% de las enfermeras desconocen sobre el autocuidado, las mismas que muestran una práctica inadecuada. En el cual se determinó que existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica que el profesional de enfermería posee sobre su autocuidado (p.44).

Sin embargo para Palomares, L. (2014), en su investigación en Lima, que llevo por título: Estilo de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud, el cual tuvo por objetivo analizar si existe correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud, Lima – 2014, su población estuvo conformada por 106 profesionales de la salud. Así mismo se utilizó como instrumento el cuestionario de estilos de vida saludables y ficha de estado nutricional, obteniéndose como resultados que de los profesionales de la salud evaluados el 72.6% presentan un estilo de vida poco saludable, el 24.5% saludable y el 2.8% muy saludable. Según profesiones el 74.4% de enfermeras, el 75.7% de médicos, el 77.8% de obstetricas y el 100% de tecnólogos médicos presentan estilo de vida poco saludable. Llegándose a la conclusión que existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (p.35).

Así mismo para Anaya, A. (2015), en su estudio: El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima en el año 2012, tuvo como objetivo determinar qué relación existe entre el autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia y el incremento de las complicaciones en el hospital María Auxiliadora, su población estuvo conformada por 71 adultos con diabetes tipo 2, el instrumento que utilizaron fue un cuestionario y una entrevista estructurada

para determinar la participación de la familia, encontrándose como resultados que la mayoría en un 60.6% tiene nivel medio de autocuidado, el 21.1% alto y un 18.3% bajo, así como en la participación de la familia del diabético el 43.7% presenta participación baja, el 40.8% medio y un 15.5% alto. Teniéndose como conclusión relevante que existe relación directa, alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia y el incremento de las complicaciones (p.57).

Finalmente para Landa, N. (2016), en su investigación Estilos de vida del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Regional de Huacho-2016, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida del profesional de enfermería, su población estuvo conformada por 30 enfermeros, el instrumento que utilizaron fue cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida. En el cual se encontraron como resultados que el 67% presentan estilos de vida no saludable y 33% presentan estilos de vida saludable. Por consiguiente se llegó a la conclusión que la mayoría de los profesionales de enfermería llevan un estilo de vida no saludable, no adoptan conductas adecuadas de alimentación, no realizan actividad física, no tienen un control de su salud, se automedican, al igual que no tienen horas de sueño y descanso adecuados (p.30).

A nivel regional

Para Rodríguez, Y. (2013), en un estudio realizado en la región de Ancash, enfocado en el Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Santa, región Áncash, 2013, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta, la población estuvo constituida por 1297 personas, los instrumentos que utilizaron fue una escala de estilo de vida y un cuestionario de factores biosocioculturales. Encontrándose como resultados que el 61,3% tiene un estilo de vida no saludable y el 38,7% tiene saludable. En cuanto a la relación

con los factores biosocioculturales, la mayoría son personas jóvenes, de sexo femenino, son de religión católica, más de la mitad son empleados y amas de casa, de estado civil casado y conviviente, menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria, y perciben un ingreso de S/. 400 a S/. 850 mensuales. Por consiguiente se pudo determinar que la mayoría de las personas adultas presentan un estilo de vida no saludable y un mínimo porcentaje estilo de vida saludable (p.44).

A nivel local

Para Aparicio, L. y Delgado, R. (2011), en su estudio Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, urbanización casuarinas, nuevo Chimbote, 2011, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor, tuvo como población 130 adultos mayores, el instrumento utilizado fueron dos: escala de estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales. Los resultados obtenidos indicaron que el 30% de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y el 70% tienen un estilo de vida saludable. En relación a los factores biosocioculturales: El 86.2% son católicos, el 51.5% son de sexo masculino, el 40% de los adultos mayores tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles, seguido del 36.2% con ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles, el 70.8% son casados, 40.8% tiene de grado de instrucción superior completa, y el 46.9% tiene otras ocupaciones diferentes a la de obrero. Finalmente se llegó a la conclusión que la mayoría de las personas tienen un estilo de vida saludable (p.141).

Así también para Crispín, K., Reyna, E. (2011), en su investigación que llevo por título: Estilo de vida y estado nutricional del adulto maduro en el pueblo joven PPAO, Nuevo Chimbote, 2011, el cual tuvo por objetivo determinar la relación del estilo de vida y el estado nutricional del adulto maduro, su muestra fue de 95 adultos maduros, los instrumentos utilizados

fueron tres: escala de estilo de vida, tabla de valoración nutricional y la ficha de valoración, se evidencio como resultados que el 35,8 % tienen un estilo de vida saludable y un 64,2 % no saludable. Así como en el estado nutricional prevaleció el 43,2 % de las personas con sobrepeso, seguido de delgadez con el 21,9 %. Por el cual se llegó a la conclusión que la mayoría de los adultos maduros presentan un estilo de vida no saludable. Por lo tanto concluyeron que no existe relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional en el adulto maduro (p.35).

Del mismo modo para Torrejón, C., Reyna, E. (2011), en su estudio titulado: Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor de la H.U.P Javier Heraud – Santa, su muestra estuvo conformada por 143 adultos mayores, los instrumentos utilizados fueron dos: la escala del estilo de vida y la tabla de valoración nutricional según IMC del adulto mayor de 60 años a más, mostrándose como resultados que el 60,8% tiene un estilo de vida no saludable, y el 39,2% tiene un estilo de vida saludable. En cuanto al estado nutricional el 42,0% presenta un estado nutricional normal, el 27,2% tiene sobrepeso, seguido del 18% tiene delgadez y por último el 12,6% presenta obesidad. Llegándose a la conclusión que no existe relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor.

Por último para Yenque, V. (2011), en su investigación estilo de vida y factores socioculturales de la adulta mayor del P.J. 1° de mayo, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores socioculturales de la adulta mayor, la muestra estuvo constituida por 117 adultas mayores, los instrumentos utilizados fueron dos escala de estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales, evidenciándose como resultados que el 88% de la persona adulta mayor tiene un estilo de vida no saludable, y un menor porcentaje de 12% tiene un estilo de vida saludable, en

cuanto los factores socioculturales la mayoría tiene grado de instrucción primaria incompleta, un gran porcentaje son casadas y profesan la religión católica, su ocupación es amas de casa y su ingresos económicos mensual oscilan de 100 y 599 nuevos soles. Concluyéndose que no existe relación significativa entre el estilo de vida y los factores socioculturales.

1.3 Teorías relacionadas al tema:

Para Gómez y Jurado (2005), el estilo de vida es la forma de vida de las personas o de los grupos, quienes tienen patrones conductuales que ponen en práctica en su vida cotidiana de manera consistente y que éstas pueden preservar su salud así como pueden estar en situación de riesgo para adquirir alguna enfermedad (parr.11).

Es preciso mencionar que es fundamental que el individuo adopte por un estilo de vida saludable, realizando acciones para el mantenimiento de su salud. En el cual podrá contribuir en disminuir o prevenir la aparición de diversas enfermedades crónico-degenerativas y ésta ayudará a aumentar su esperanza de vida.

De manera similar para Álvarez, L. (2009), el estilo de vida es la forma individualizada en el modo como cada individuo vive la vida cotidiana, en el cual se describe como una serie de conductas por un grupo de personas que coinciden en su forma de vivir, hábitos, valores, actitudes, tendencias, etcétera. Viéndose influenciado por su entorno sociocultural (parr.7).

Por lo antes expuesto podemos decir que el estilo de vida es la manera de vivir de cada individuo en donde se ven influenciados sus hábitos, costumbres y/o comportamiento sostenidos que pueden verse reflejados en los que mantienen su salud, y aquellos que la limitan.

Así mismo para Wong, C. (2012), el estilo de vida se define como procesos sociales, características personales, conductuales, hábitos, así como el comportamiento que el individuo adopta, éstos pueden estar dados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar de las personas (parr.2).

Sin embargo podemos decir que los estilos de vida son conductas organizadas de cada persona o grupo, las cuales poseen alguna continuidad temporal, de manera coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales.

Por otro lado Pender, N. (2012), en su teoría Modelo de promoción de la salud, señala que el estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que el individuo realiza durante toda la trayectoria de su vida y que se ve reflejada directamente en el estado de su salud. De igual manera identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales (parr.4).

Así mismo Pender, en su teoría basada en la educación de las personas sobre como cuidarse y llevar una vida saludable, tiene los siguientes metaparadigmas:

- Salud: Estado altamente positivo, siendo el más importante.
- Persona: Cada persona tiene una forma única de patrón cognitivo perceptual y sus factores variables. Siendo éste el centro de la teoría.
- Entorno: Representan las interacciones entre los factores cognitivo preceptuales y modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- Enfermería: La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de las personas y la enfermera (o) representa el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Por otro lado señala tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, siendo las siguientes:

- Acción Razonada: Refiere que es imprescindible que la persona practique alguna conducta, si desea tener un resultado.
- Acción Planteada: El comportamiento de un individuo será favorable si éste tiene seguridad y control.
- Teoría Social-Cognitiva: Menciona que la auto-eficacia es la habilidad y la confianza que la persona tiene, para tener éxito en alguna actividad.

De igual modo la teorista señala que las creencias de las personas en temas de salud va a depender de sus conocimientos y experiencias previas, las cuales se verán reflejadas en sus conductas adoptadas, así mismo dependerán las creencias, que están dadas por:

- Cultura: Ésta determinará los hábitos de deporte, higiene, alimentación, el tiempo de ocio y descanso, entre otros. Por el cual las personas adoptan un estilo de vida ya sea saludable o no.
- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para imitar y/o adoptar conductas de promoción de la salud, hacia las demás personas.

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Siendo importante que en cada programa de salud se generen y/o implementen actividades dinámicas en beneficio de una población.
- La presencia de barreras para la acción, en la cual la salud desempeña un papel importante ya que se podrá identificar el estado de salud de cada individuo, con la única finalidad de mejorar la calidad de vida, y establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; provee mecanismos que permiten percibir, regular y evaluar la conducta de los individuos.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son factores indispensables de motivación para las conductas de salud. Así como el entorno familiar y social el cual brinda confianza a la persona, siendo un valioso mecanismo para la adopción de una conducta que promueva la salud.
- Edad: Va a depender de la etapa específica del ciclo de vida en la que se encuentre el individuo; es desde allí donde se verá afectado su estilo de vida.
- Género: Implica la mayor o menor prevalencia de algunas enfermedades en un género específico.
- Clase o nivel socioeconómico: Es un factor que juega un papel muy importante y primordial para llevar un estilo de vida saludable, en virtud que el pertenecer a una clase alta o media brindara más alternativas para optar por una alimentación adecuada, así como para poder acceder a los servicios de salud; mientras que por otro lado las personas con escasez de recursos económicos se verán (parr.17).

Por lo antes mencionado, en el presente estudio de investigación se consideraron las siguientes dimensiones del estilo de vida: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, y responsabilidad en salud.

- Dimensión de alimentación: Es el mecanismo en el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos, permitiendo y favoreciendo el funcionamiento normal de los órganos y tejidos, así como su crecimiento, para el mantenimiento de la vida.
- Dimensión Actividad y Ejercicio: Es el movimiento corporal que el individuo realiza con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del mismo. Permitiendo múltiples beneficios para conservar la salud, mejorando el estado físico de quienes la practican.
- Dimensión Manejo del estrés: Es la acción que realiza la persona de controlar y disminuir la tensión que se presenta en diversas situación que pueden ser consideradas difíciles o inmanejable, para sobrellevar la presión del estrés.
- Dimensión apoyo interpersonal: Es imprescindible que las relaciones interpersonales se establezcan sobre la base de una buena autoestima, partiendo de la motivación personal brindada a otra persona, brindándole afecto, reconocimiento, apoyo en algún momento determinado o perennemente.
- Dimensión Autorrealización: Es el sentimiento de satisfacción de la persona hacia el mismo, en un determinado aspecto de su vida laboral, educativa, familiar, afectiva, etcétera. Por el cual ya alcanzo la superación en las diversas etapas de sus ciclos de su vida alcanzando la superación y a la autorrealización.

- Dimensión responsabilidad en salud: Es el comportamiento sobre alternativas saludables que tiene cada persona, realizando actividades que mantengan y/o mejoren su salud.

Así mismo es preciso señalar que el desconocimiento en prácticas del cuidado de sí mismo es la principal causa en pacientes con diabetes, ya que la mayoría de ellos no toman conciencia que al no llevar un autocuidado ante las complicaciones de su enfermedad. Sin embargo el cambio de los estilos de vida mediante el autocuidado será de vital importancia para ayudar a controlar la enfermedad.

Las personas que padecen de diabetes mellitus tipo II tienen que realizar un laborioso autocuidado en su salud, para lo cual es de suma importancia la modificación de sus estilos de vida, para prevenir o retrasar diversas complicaciones inherentes a la enfermedad (p.13).

Por consiguiente en la presente investigación se utilizó la teoría general del autocuidado de Dorothea Orem, quien describe tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado: Es la conducta aprendida por los individuos, direccionada hacia un objetivo determinado, el cuidar de sí mismo, basada en acciones en beneficio de su bienestar y salud.

Requisitos de autocuidado, que una persona debe practicar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: Constituye la conservación del agua, aire, actividad y descanso, eliminación en otras. Siendo comunes por todos los individuos.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Éstas están relacionados a los estados de salud de cada individuo.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Están relacionadas a prevenir la aparición de enfermedades, durante la niñez, adolescencia, adultez y vejez.

- La teoría del déficit de autocuidado: Esta teoría está relacionada a las limitaciones de la salud que presenta la persona para poder asumir su autocuidado. Siendo indispensable la intervención de la enfermera.
- La teoría de sistemas de enfermería: En esta teoría se explican la manera en que las (os) enfermeras/os pueden atender a los individuos, así mismo identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: Las (os) enfermera/o sule al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: Este sistema está estrechamente vinculado al personal de enfermería quien proporciona autocuidados:

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; acepta el cuidado brindado por el personal de la salud, ayudando a la enfermera.

Acción de la enfermera: Ayuda al paciente, desarrolla medidas de autocuidado ayudando al paciente.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: El presente sistema esta basada en la ayuda brindada por la enfermera a las personas

para que puedan tener la capacidad de realizar diversas actividades de autocuidado.

Acción de la enfermera: Está orientada hacia regular el ejercicio del individuo y así éste pueda desarrollar actividades de autocuidado.

Acción del paciente: La presente acción está enfocada en el individuo cuando cumple con su autocuidado (parr.4).

Según los teóricos Orem y Coppard mantienen el criterio que un individuo puede convertirse por sí mismo o con la ayuda de otros en su propio agente de autocuidado.

- Cuidar De Uno Mismo: Es la toma de conciencia que el individuo tiene sobre su propio estado de salud, conductas aprendidas, normas culturales, entre otras, satisfaciendo las necesidades de autocuidado de uno mismo.
- Educación para el Autocuidado: Ésta es de vital importancia ya que el individuo debe conocer su condición de salud, reconociendo sus problemas, con la finalidad de lograr soluciones para el cuidado de sí mismo y a la vez cuando lo necesite sea capaz de solicitar la ayuda correspondiente.

Tal es así que existen factores determinantes en las conductas de autocuidado, como los conocimientos, capacidades, confianza y motivo para ello, siendo todo esto aprendido de padres a hijos, siendo el pilar fundamental de la educación la familia, en su rol formador desde la infancia que lo marcarán a futuro.

Por consiguiente, la educación para la salud dependerá de una serie de

factores asociados, siendo uno de ellos de vital importancia la comunicación intercultural, en la cual se encuentra la cultura popular basada en la tradición y la cultura científica basada en la investigación.

La actitud del educador, será la clave que influya en la comunicación intercultural dentro de un programa educativo para el autocuidado en salud de los individuos, la manera en la que se dirija el educador e interaccione con las personas, teniendo presente los valores y creencias tradicionales, los mitos, costumbres, así como el lenguaje del individuo.

Condicionantes de la salud: Podemos señalar que existen diversos factores condicionantes que influyen inadecuadamente para preservar la salud de los pacientes con diabetes mellitus. Como el consumo excesivo de alcohol, tabaco y/o drogas, alimentación inadecuada, deterioro de la calidad de vida, sedentarismo, contaminación ambiental, etcétera (p.1).

Por todo lo antes expuesto a continuación se señalan las dimensiones del autocuidado consideradas para el presente trabajo de investigación:

- Régimen alimentario: Es de vital importancia tener una alimentación saludable y balanceada, para la prevención y control de la diabetes mellitus. Así mismo un aspecto primordial, para lograr que los pacientes diabéticos cumplan estrictamente el régimen alimenticio (dieta rigurosa), es sin duda la fuerza de voluntad del paciente, así como la educación recibida por parte del profesional de la salud y el apoyo de sus familias.

La educación que reciben los pacientes con diabetes por parte de los profesionales de salud, está basada en concientizarlos a realizar acciones y/o prácticas que modifiquen sus hábitos alimenticios.

- Actividad física: La actividad física es sin duda muy importante en el

tratamiento de la diabetes mellitus II; el ejercicio físico debe ser personalizado, programado y supervisado. Por lo tanto implica compromiso por parte del paciente, siendo en ocasiones una dificultad y complejidad para realizarlo, al involucrar aspectos sociales, culturales.

- Tratamiento: El tratamiento adecuado y estricto podrá retardar la aparición y progresión de complicaciones de la enfermedad.
- Cuidados personales: Los pacientes con diabetes, dentro de uno de los cuidados primordiales que debe tener es la higiene y el cuidado de los pies, siendo de vital importancia para mantener la integridad de la piel, ya que de no cumplir con este cuidado se convierten en amenazas que propician la aparición de lesiones en los miembros inferiores, el cual ocasionaría hasta el riesgo de amputaciones. El cuidado de los pies va dirigido básicamente en realizar diariamente el lavado de los pies, realizar el secado adecuado en zonas interdigitales, para evitar el desarrollo de micosis (hongos).

Además es importante educar al paciente en brindar un cuidado minucioso en los pies, detectando la presencia de fisuras, o cualquier tipo de lesión, así como deberán de conocer la manera adecuada de cortarse las uñas, y el uso adecuado de calzado que deberán ser blandos y cómodos (p.39).

Según la Organización panamericana de la salud (2016), la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, que está asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de la insulina, así mismo se caracteriza por altos índices de glucosa en la sangre (p.64).

Hay tres tipos de diabetes: La diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. Es preciso mencionar que la diabetes tipo 2 la más común; y representa entre el 85 y 90% de los casos.

Según la Guía de Práctica Clínica de diabetes mellitus tipo II- MINSA. (2016).

Diabetes mellitus tipo 2: Es la más frecuente, representa la mayoría de los casos mundiales, se caracteriza por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Y se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, el régimen alimentario, y la inactividad física (p.11).

Factores de riesgos asociados:

*Estilos de vida

- Sedentarismo: Existe asociación entre la poca o nula actividad física con el riesgo a desarrollar múltiples enfermedades, entre ellas la diabetes.
- Malos hábitos alimentarios: El consumo de alimentos con alto índice glucémico y alto valor calórico aumenta el riesgo de diabetes.
- Alcohol: Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de alcohol aunque se producen daños bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores.
- Tabaquismo: La exposición al humo de tabaco durante el periodo de embarazo incrementa el riesgo de padecer diabetes en el bebé al llegar a la adultez. Asimismo, el hábito de fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.

* Factores hereditarios:

- Antecedente familiar de diabetes mellitus: Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares que padecieron dicha enfermedad, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad.

* Relacionados a la persona:

- Hiperglucemia intermedia: Las personas con hiperglucemia intermedia incluye la presencia de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Estas condiciones tienen riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares (p.13).
- Síndrome metabólico (SM): Está asociado a un incremento de riesgo de padecer Diabetes mellitus de 3 a 5 veces.
- Sobrepeso y obesidad: El exceso de peso es uno de los factores de riesgo más relevante para padecer de diabetes.
- Etnia: Es mayor en nativos y población mestiza latinoamericana, así como en la raza negra, asiáticos, el riesgo de desarrollar diabetes.
- Edad: La prevalencia de padecer de diabetes mellitus, se presenta en personas mayores de 45 años.
- Obesidad abdominal: El perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre.
- Dislipidemia: Hipertrigliceridemia (> 250 mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL (< 35 mg/dl) están asociados a insulino resistencia.

- Hipertensión arterial (HTA): Presión arterial \geq 140/90 mmHg.
- Historia de enfermedad cardiovascular: La diabetes mellitus tipo 2 está asociado a infarto de miocardio, aterosclerosis, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, entre otras enfermedades.
- Antecedentes obstétricos de diabetes gestacional: El riesgo de padecerlo es más elevado en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.
- Antecedente de hijos macrosómicos: Recién nacido con peso $>$ 4,000gr (p.14).

* Otros factores de riesgo:

- Bajo grado de instrucción: El riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II aumenta en individuos con bajo nivel educativo.

* Signos y síntomas:

- Aumento de la cantidad de orina (poliuria)
- Aumento de sed (polidipsia)
- Aumento del apetito (polifagia).
- Pérdida de peso
- Picores en diferentes partes del cuerpo (prurito).
- Visión borrosa
- Enfermedades cardiovasculares asociadas.
- Adormecimiento de manos y pies.
- Cansancio y agotamiento, entre otros

* Diagnóstico diabetes tipo II: Cualquiera de los criterios siguientes:

- a. Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, al menos en dos ocasiones. El cual no debe pasar las 72 horas entre una y otra medición.

- b. Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl.

- c. Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra (p.16).

1.4 Formulación del problema:

¿Existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado de la persona adulta con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015?

1.5 Justificación del estudio:

El presente trabajo de investigación, estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto 2015, se realizó en virtud que la diabetes mellitus es un problema de salud pública por su alta prevalencia, así como las complicaciones que ésta presenta, por lo que el presente estudio nos permitió analizar como los pacientes que acudían a su control mensual desconocían llevar prácticas de autocuidado, por ende indicaba un factor de riesgo el deterioro temprano de su enfermedad, así como el padecer otras enfermedades.

Así mismo la presente investigación fue importante para el establecimiento de salud por que contribuyó para concientizar , educar, y fomentar prácticas saludables mediante el autocuidado a los pacientes en estudios, así como pacientes en general para así lograr estilos de vida saludables. Y por consiguiente para poder modificar, plantear o implementar políticas de detección

temprana y de prevención de enfermedades crónico – metabólicas en los pacientes que acuden al Centro de atención primaria II San Jacinto.

El presente estudio fue útil a la ciencia de la salud por que contribuyó en mejorar los programas preventivos promocionales, fortaleciendo y promoviendo conductas saludables con el objetivo de reducir los factores de riesgo en los pacientes con diabetes mellitus, desde una perspectiva enfocada en disminuir la morbimortalidad que viene siendo un problema de salud pública.

Por otro lado es de gran beneficio para las autoridades de la Dirección Regional de Salud, Redes de salud, establecimientos, municipios, así como para la población de San Jacinto; en virtud que los resultados del trabajo de investigación podrán contribuir a disminuir la morbimortalidad de los pacientes e identificar sus factores de riesgo y se motiven a optar cambios en conductas promotoras de salud, y por ende mejorar el estilo de vida de los mismos.

1.6 Hipótesis:

1.6.1. Hipótesis general

Hi: Si existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.

Ho: No existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.

1.6.2. Hipótesis específicas

1. El estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, es no saludable.

2. El estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud, es no saludable.
3. El autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, es malo.
4. El nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales, es malo.
5. La relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentario del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, es no saludable.
6. La relación entre el estilo de vida y la dimensión actividad física del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, es no saludable.
7. La relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015, es no saludable.
8. La relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, es no saludable.

1.7 Objetivos:

1.7.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.

1.7.2. Objetivos específicos:

- Identificar el estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.
- Identificar el estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud.
- Identificar el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.
- Identificar el nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales.
- Establecer la relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentario del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.
- Establecer la relación entre el estilo de vida y la dimensión actividad física del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.
- Establecer la relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.
- Establecer la relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.

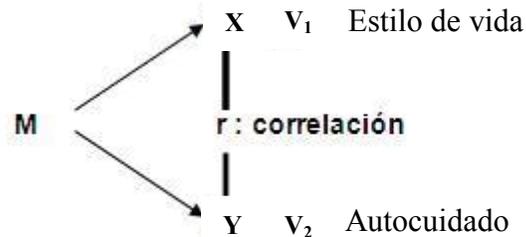
CAPÍTULO II

MÉTODO

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación:

Descriptivo correlacional, cuya representación es la siguiente:



Dónde:

M : Muestra
X : Estilo de vida
Y : Autocuidado
r : Relación

Para Hernández (2010), los estudios descriptivos: Recoger o miden información de manera independiente o conjunta sobre las variables, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (p.122).

El presente estudio es descriptivo por que describe las variables estilo de vida y autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Así mismo para Hernández (2010), los estudios correlacionales: Permiten conocer la relación o el grado de asociación que existe entre dos o más variables en un momento determinado, midiendo cada una de ellas, si están presuntamente relacionadas, para posteriormente, cuantificar y analizar la vinculación. Sustentándose las correlaciones en hipótesis sometidas a prueba (p.123).

El presente trabajo de investigación es correlacional porque verificó que si existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo2.

2.2 Variables, operacionalización:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Estilo de Vida	El estilo de vida es un conjunto de patrones conductuales que la persona realiza ejerciendo cierto grado de control en su vida diaria y que pueden ser favorables o no para el mantenimiento de su salud (Gómez, J. 2005, p.23).	La variable fue medida a través de un cuestionario el cual constó de 25 ítems, donde se determinó el estilo de vida de los usuarios en estudio.	-Alimentación	-Rutina de alimentación -Tipo de alimentación -Consumo de agua -Ingesta de frutas	1 2,5,6 3 4	Ordinal
			-Actividad y ejercicio	-Rutina de ejercicio -Movimiento corporal	7 8	Ordinal
			-Manejo de estrés	-Identificación de problemas -Manejo emocional -Actividades saludables	9 10, 11 12	Ordinal
			-Apoyo Interpersonal	-Socialización -Expresa sus sentimientos -Apoyo emocional	13, 14 15 16	Ordinal
			-Autorrealización	-Satisfacción personal -Desarrollo personal	17, 18 19	Ordinal
			-Responsabilidad en salud	-Conservación de la salud -Actividades saludables -Hábitos nocivos	20, 21, 22, 23 24 25	Ordinal

Autocuidado del Adulto	El autocuidado es toda acción que el ser humano realiza con el único propósito de vivir y sobrevivir, surgiéndose de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales (Dorothea Orem, 2012, p.38).	La variable fue medida a través de un cuestionario el cual constó de 26 ítems, donde se determinó el autocuidado de los usuarios en estudio.	-Régimen alimentario	-Educación sobre alimentación -Cuidado nutricional -Conocimiento sobre alimentación -Responsabilidad en salud	1 2 3,5,6,7 4,8	Ordinal
			-Actividad física	-Rutina de ejercicio	9, 10	Ordinal
			-Tratamiento	-Responsabilidad en salud -Conocimiento sobre medicación	11,12,13 14	Ordinal
			-Cuidados personales	-Conocimiento en higiene personal -Uso adecuado de calzado -Cuidado de la piel	15,16,20,21 17 18,19,22,23,24,25,26	Ordinal

2.3 Población y muestra:

Población:

Para Hernández (2010), pueden estar constituida por personas o objetos de cualquier tipo de naturaleza, por el que estamos interesados en obtener un estudio estadístico (p.216).

La población con el cual se trabajó estuvo constituida por todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CAP II San Jacinto, cuya población fue 50.

Muestra:

Para Hernández (2010), constituye un subgrupo de la población de interés del cual se recolectan datos, éste deberá ser representativo de dicha población (p.215).

En el presente estudio no se trabajó con muestra debido a que la población abarcó el diseño en su totalidad de la investigación, la cual estuvo conformada por 50 adultos con diabetes mellitus tipo II.

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad:

Técnica:

Para la recolección de datos se empleó la técnica a través de un cuestionario a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto.

Instrumentos:

Cuestionario de Estilo de Vida

Para la recolección de datos, se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado por Walker, Sechrist, Pender, el cual fue modificado y adaptado por la investigadora: Méndez, A. (Anexo 01).

El cuestionario constó de 25 ítems, dirigido a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acudieron al consultorio de enfermería del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, evaluando las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

Cada pregunta tiene tres alternativas, con el siguiente puntaje:

- Siempre : 4 puntos
- Frecuentemente : 3 puntos
- A veces : 2 puntos
- Nunca : 1 punto

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es N=4; V=3; F=2; S=1

El total de los puntajes obtenidos resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems.

Según escala de clasificación se determinaron los niveles como:

- Saludable : 75 - 100 puntos
- No saludable : 25 - 74 puntos

La escala se determinó luego de asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informó sobre la posición que ocupó la puntuación directa en relación con los que obtuvieron las personas que integraron el grupo normativo (baremación de la encuesta).

Cuestionario de Autocuidado

Elaborado por Méndez, C. y Montero, F (2011), el cual fue aplicado al contexto del centro de atención primaria II San Jacinto (Anexo 03).

El cuestionario constó de 26 ítems, y estuvo dirigido a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto. El mismo que constó de cuatro dimensiones: Régimen alimentario, Actividad física, tratamiento, y cuidados personales.

Cada pregunta tiene tres alternativas, con el siguiente puntaje:

- Siempre : 3 puntos
- A veces : 2 puntos
- Nunca : 1 punto

Que según escala de clasificación se determinaron los niveles:

- Práctica de autocuidado Bueno : 52 - 78 puntos
- Práctica de autocuidado Malo : 26- 51 puntos

La escala se determinó luego de asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informó sobre la posición que ocupó la puntuación directa en relación con los que obtuvieron las personas que integraron el grupo normativo (baremación de la encuesta de autocuidado).

Validez:

La validez de los dos instrumentos del presente trabajo de investigación se realizó a través del juicio de expertos, convocados para la respectiva opinión especializada a tres profesionales de la salud (Anexo 5).

Confiabilidad:

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el análisis de consistencia interna basado en la determinación del coeficiente Alfa de Crombach, obteniendo como resultados 0,8490 en el cuestionario de Estilos de vida, y de 0,8150 en el cuestionario de autocuidado y en general obteniendo un

0,8350; lo cual nos indica que los cuestionarios son confiables. Así mismo se aplicó la prueba piloto al 10% de la población. Por otro lado observando los resultados estadísticos el valor de la chi cuadrada dio una confianza de 95% (Anexo 2 y 4).

2.5 Métodos de análisis de datos:

Los datos obtenidos fueron procesados de manera computarizada mediante el programa estadístico SPSS Statistic versión 24, y los resultados obtenidos, se presentaron a través de tablas estadísticas con frecuencia simple y porcentual, a su vez se ha utilizado figuras que permiten observar los resultados de las variables en forma simple y rápida con sus correspondientes análisis e interpretaciones. Y para determinar la correlación entre las variables de estudio se utilizó la prueba de independencia de Chi cuadrado.

2.6 Aspectos éticos:

- Anonimato:

Se consideró desde el inicio de la investigación en donde se explicó a los adultos con diabetes mellitus tipo II, que la información obtenida sería exclusivamente anónima para los fines de la investigación.

- Confidencialidad:

Es primordial en rigor y ética que los secretos revelados por los sujetos en estudio no pueden ser expuestos y se consideran confidenciales y solo se utilizó para los fines de la investigación.

- Beneficencia:

En la investigación no se produjo riesgos de vulnerabilidad personal en los adultos con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto.

- Originalidad de la información:

El presente estudio de investigación tuvo como aplicación el software Turnitin, el cual permitió certificar la originalidad del trabajo, siendo una herramienta eficaz para prevenir y evitar el plagio académico. Y Así evitar en incurrir en hacer uso de ideas y redacciones de otros investigadores, identificando similitudes a fuentes existentes.

- Consentimiento Informado:

Consistió en la aceptación voluntaria de los adultos con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto; una vez conocida la finalidad del estudio de investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

III. RESULTADOS:

Tabla N° 1

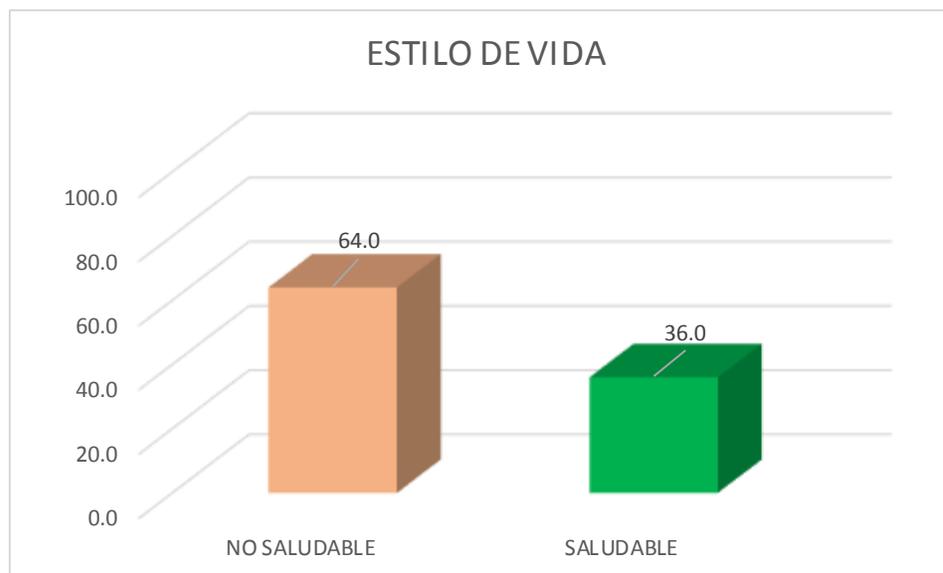
Estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

RESPUESTAS	Frecuencia	%
NO SALUDABLE	32	64.0
SALUDABLE	18	36.0
Total	50	100.0

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N°1

Estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto.



Fuente: Tabla N° 1

Interpretación:

En la tabla y el gráfico 1, se puede observar que del total de las personas con diabetes mellitus tipo II encuestadas del centro de atención primaria II

San Jacinto el 64.0% presenta un estilo de vida no saludable y el 36.0% presenta un estilo de vida saludable.

Por lo tanto los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis planteada N° 1, en la cual se señala que el estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto es no saludable.

Tabla N° 2

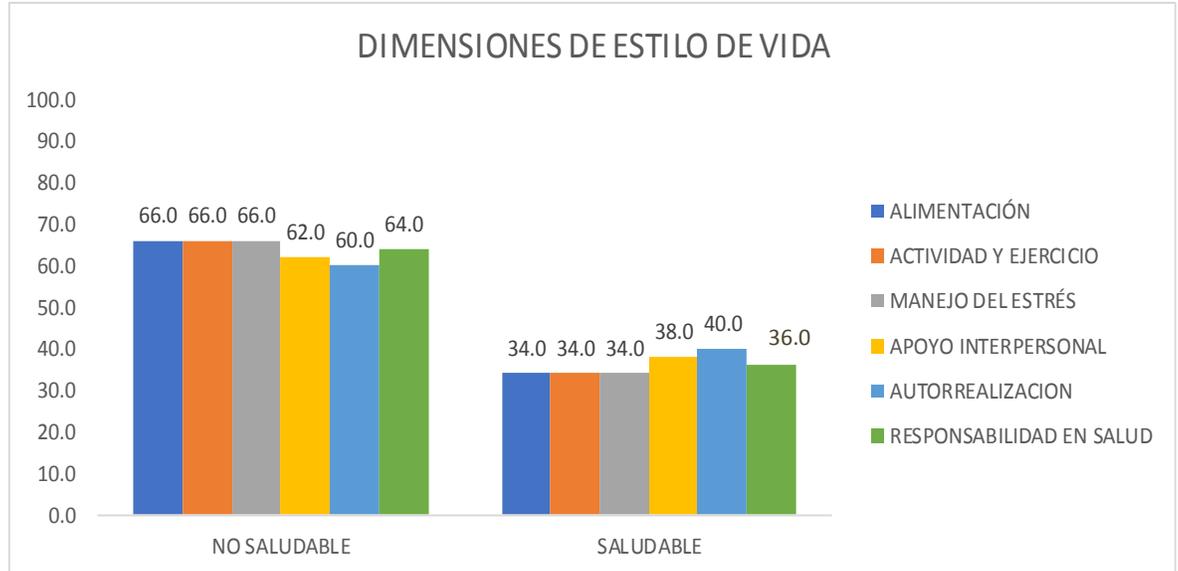
Estilo de vida según sus dimensiones del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

DIMENSIONES ESTILO DE VIDA	RESPUESTAS	frecuencia	%
ALIMENTACIÓN	NO SALUDABLE	33	66.0
	SALUDABLE	17	34.0
	Total	50	100.0
ACTIVIDAD Y EJERCICIO	NO SALUDABLE	33	66.0
	SALUDABLE	17	34.0
	Total	50	100.0
MANEJO DEL ESTRÉS	NO SALUDABLE	33	66.0
	SALUDABLE	17	34.0
	Total	50	100.0
APOYO INTERPERSONAL	NO SALUDABLE	31	62.0
	SALUDABLE	19	38.0
	Total	50	100.0
AUTORREALIZACION	NO SALUDABLE	30	60.0
	SALUDABLE	20	40.0
	Total	50	100.0
RESPONSABILIDAD EN SALUD	NO SALUDABLE	32	64.0
	SALUDABLE	18	36.0
Total		50	100.0

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N°2

Estilo de vida según sus dimensiones del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto



Fuente: Tabla N° 2

Interpretación:

En la tabla y el gráfico 2, se puede apreciar que del total de las personas con diabetes mellitus tipo II, el 66% tiene un estilo de vida no saludable en las dimensiones alimentación, actividad y ejercicio y manejo del estrés, y solo el 3.4% tiene un estilo de vida saludable en las mismas dimensiones, mientras un 62% tiene un estilo de vida no saludable en la dimensión apoyo interpersonal, seguido de un 38% que cuenta con un estilo de vida saludable, en tanto el 60% tiene un estilo de vida no saludable en la dimensión autorrealización, por otro lado solo el 40% tiene un estilo de vida saludable, por último el 64% cuenta con un estilo de vida no saludable en la dimensión responsabilidad en salud, mientras que el 36% tiene un estilo de vida saludable en dicha dimensión.

Los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 2, en

la cual se señala que el estilo de vida según sus dimensiones alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto es no saludable.

Tabla N° 3

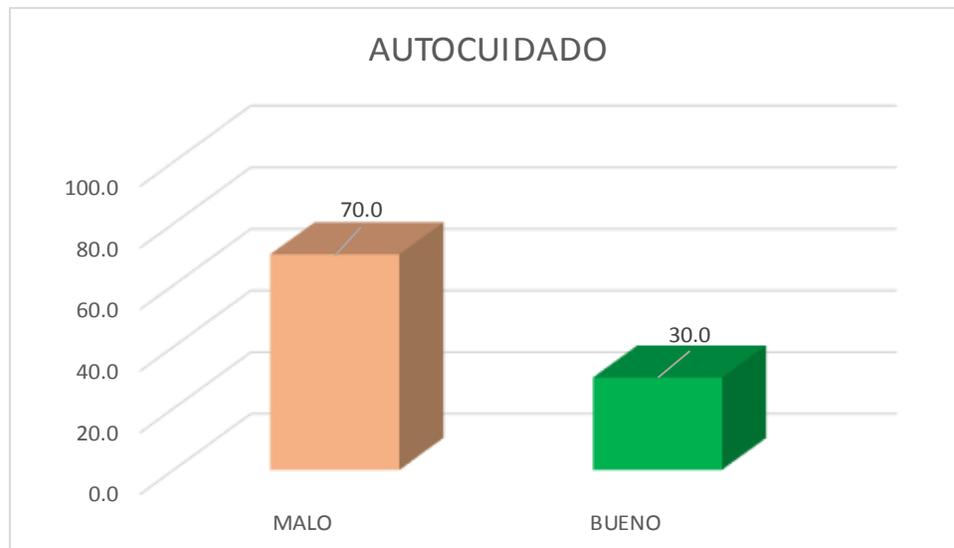
Autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

RESPUESTAS	frecuencia	%
MALO	35	70.0
BUENO	15	30.0
Total	50	100.0

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N° 3

Autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto



Fuente: Tabla N° 3

Interpretación:

En la tabla y el gráfico 3, se puede observar que del total de las personas con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto el 70.0% tiene un autocuidado malo, mientras que solo un 30.0% presenta un autocuidado bueno.

Por consiguiente los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 3, en la cual se señala que el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es malo.

Tabla N° 4

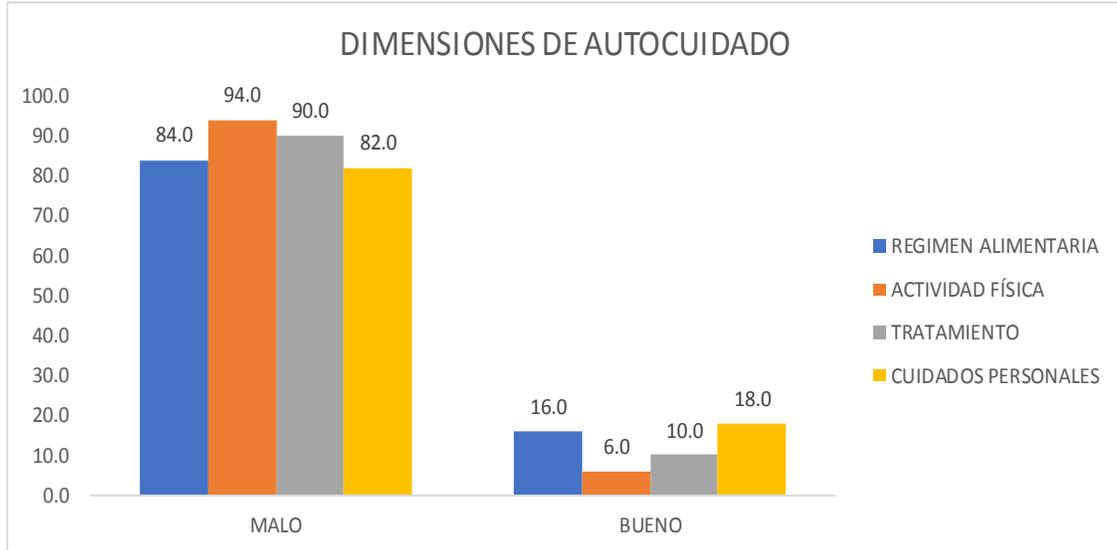
Autocuidado según sus dimensiones del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

DIMENSIONES AUTOCUIDADO	RESPUESTAS	frecuencia	%
	MALO	42	84.0
REGIMEN ALIMENTARIA	BUENO	8	16.0
	Total	50	100.0
	MALO	47	94.0
ACTIVIDAD FÍSICA	BUENO	3	6.0
	Total	50	100.0
	MALO	45	90.0
TRATAMIENTO	BUENO	5	10.0
	Total	50	100.0
	MALO	41	82.0
CUIDADOS PERSONALES	BUENO	9	18.0
	Total	50	100.0

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N°4

Autocuidado según sus dimensiones del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto



Fuente: Tabla N° 4

Interpretación:

En la tabla y el gráfico 4, se puede observar que de los adultos, el 84% tiene un autocuidado malo en la dimensión régimen alimentaria y solo el 16% tiene un autocuidado bueno en dicha dimensión, mientras un 94% tiene un autocuidado malo en la dimensión actividad física, y en menor proporción un 6% tiene un autocuidado bueno, en tanto el 90% tiene un autocuidado malo en la dimensión tratamiento, y solo el 10% tiene un tratamiento bueno, por otro lado el 82% tiene un autocuidado malo en la dimensión cuidados personales, mientras que el 18% tiene un autocuidado bueno.

Los resultados obtenidos, se encuentran relacionados con la hipótesis específica N° 4, en la cual se señala que el autocuidado según sus dimensiones del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto es malo.

Tabla N° 5

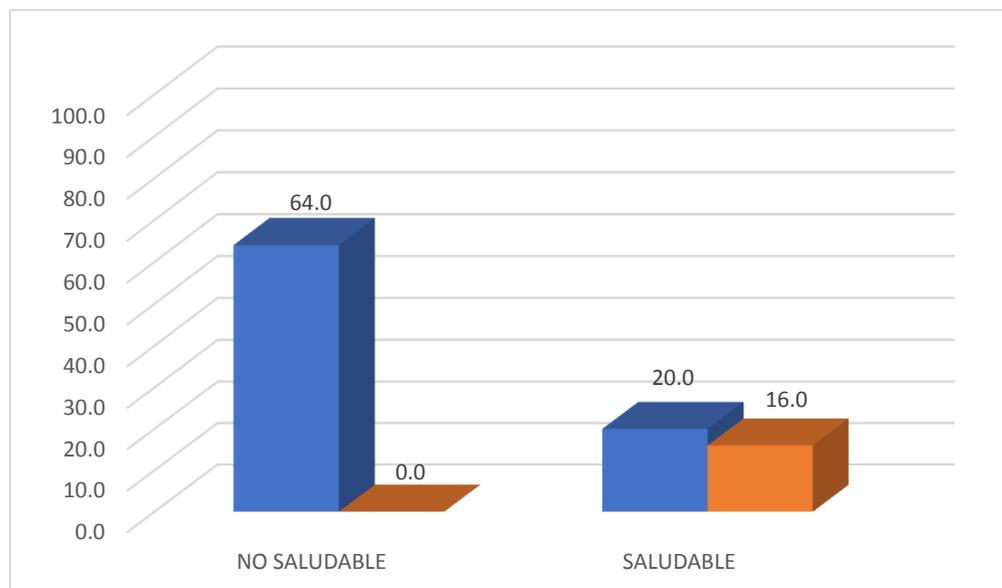
Relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentaria, del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

ESTILO DE VIDA	REGIMEN ALIMENTARIA				Total	
	MALO F	%	BUENO F	%	F	%
NO SALUDABLE	32	64.0	0	0.0	32	64.0
SALUDABLE	10	20.0	8	16.0	18	36.0
Total	42	84.0	8	16.0	50	100.0

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N°5

Relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentaria, del adulto con diabetes mellitus tipo II



Fuente: Tabla N° 5

Interpretación:

En la tabla y grafico 5, se muestra la relación del estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II, con la dimensión del régimen alimentaria, mostrándose que el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un régimen alimentario malo, por otro lado el 20% tiene un estilo de vida saludable y un régimen alimentario malo y por último el 16% tiene un estilo de vida saludable y un régimen alimentario bueno.

Los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 5, en la cual se señala que la relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentaria del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable.

Tabla N° 6

Relación entre el estilo de vida y la dimensión actividad física, del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

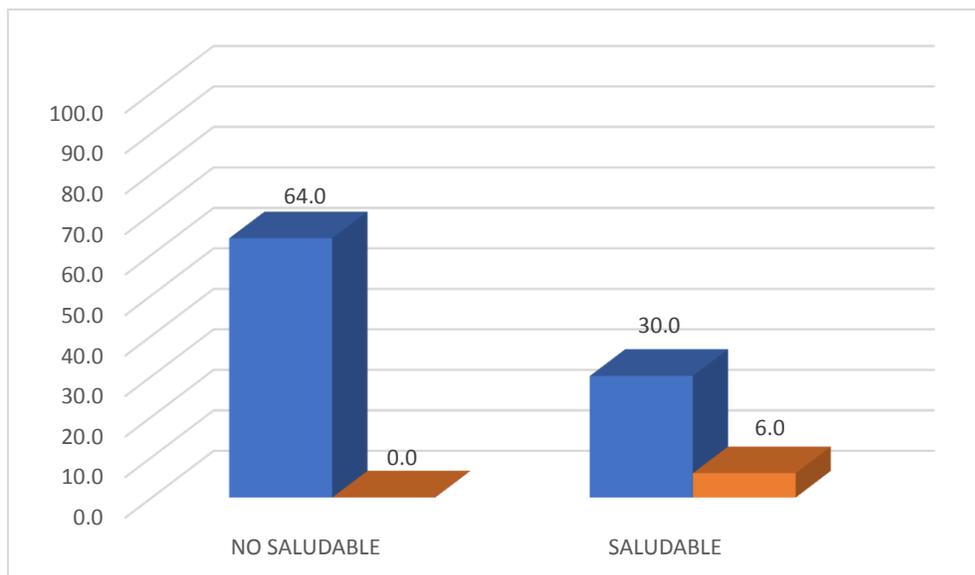
ESTILO DE VIDA	ACTIVIDAD FÍSICA				Total	
	F	%	F	%	F	%
NO SALUDABLE	32	64.0	0	0.0	32	64.0
SALUDABLE	15	30.0	3	6.0	18	36.0
Total	47	94.0	3	6.0	50	100.0

$$X^2=7.4 \quad GL=2 \quad P\text{-valor}=0.006$$

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N° 6

Relación entre el estilo de vida y la dimensión actividad física, del adulto con diabetes mellitus tipo II



Fuente: Tabla N° 6

Interpretación:

En la tabla y gráfico 6, se muestra la relación del estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II, con la dimensión actividad física, observándose que el 64% tiene un estilo de vida no saludable y actividad física mala, por otro lado el 30% tiene un estilo de vida saludable y actividad física mala, finalmente el 6% tiene un estilo de vida saludable y una actividad física buena.

Los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 6, en la cual se señala la relación del estilo de vida y la dimensión actividad física del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable.

Tabla N° 7

Relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento, del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

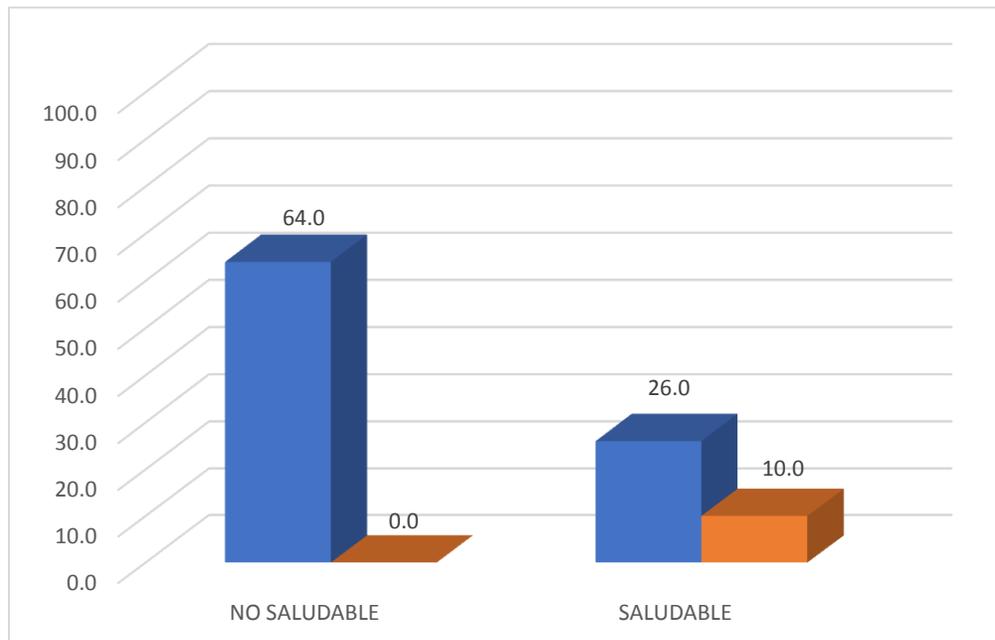
ESTILO DE VIDA	TRATAMIENTO				Total	
	MALO		BUENO		F	%
	f	%	F	%		
NO SALUDABLE	32	64.0	0	0.0	32	64.0
SALUDABLE	13	26.0	5	10.0	18	36.0
Total	45	90.0	5	10.0	50	100.0

$X^2=13.0$ $GL=1$ $P\text{-valor}=0.000$

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N° 7

Relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento, del adulto con diabetes mellitus tipo II



Fuente: Tabla N° 7

Interpretación:

En la tabla y gráfico 7, se muestra la relación del estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II, con la dimensión tratamiento, mostrándose que el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un tratamiento malo, por otro lado el 26% tiene un estilo de vida saludable y un tratamiento malo y por último el 10% tiene un estilo de vida saludable y un tratamiento bueno.

Los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 7, en la cual se señala la relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable.

Tabla N° 8

Relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales, del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto

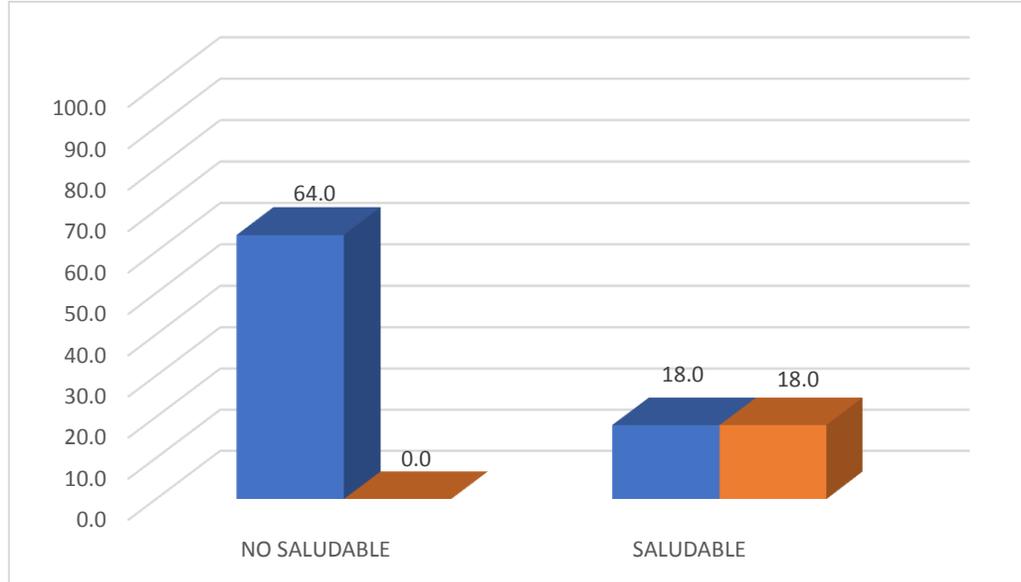
ESTILO DE VIDA	CUIDADOS PERSONALES					
	MALO		BUENO		Total	
	F	%	F	%	F	%
NO SALUDABLE	32	64.0	0	0.0	32	64.0
SALUDABLE	9	18.0	9	18.0	18	36.0
Total	41	82.0	9	18.0	50	100.0

$$X^2=25.6 \quad GL=1 \quad P\text{-valor}=0.000$$

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N° 8

Relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales, del adulto con diabetes mellitus tipo II



Fuente: Tabla N° 8

Interpretación:

En la tabla y gráfico 8, se muestra la relación del estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II, con la dimensión cuidados personales, observándose que el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un cuidado personal malo, por otro lado el 18% tiene un estilo de vida saludable y un cuidado personal malo, y el otro 18% tiene un estilo de vida saludable y un cuidado personal bueno.

Los resultados obtenidos, se comprobó con la hipótesis específica N° 8, en la cual se señala la relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales del adulto con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable.

Tabla N° 9

Relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto

Autocuidado	Estilo de Vida					
	NO SALUDABLE		SALUDABLE		Total	
	F	%	F	%	F	%
MALO	26	52.0	9	18.0	35	70.0
BUENO	6	12.0	9	18.0	15	30.0
Total	32	64.0	18	36.0	50	100.0

$$X^2=5.4$$

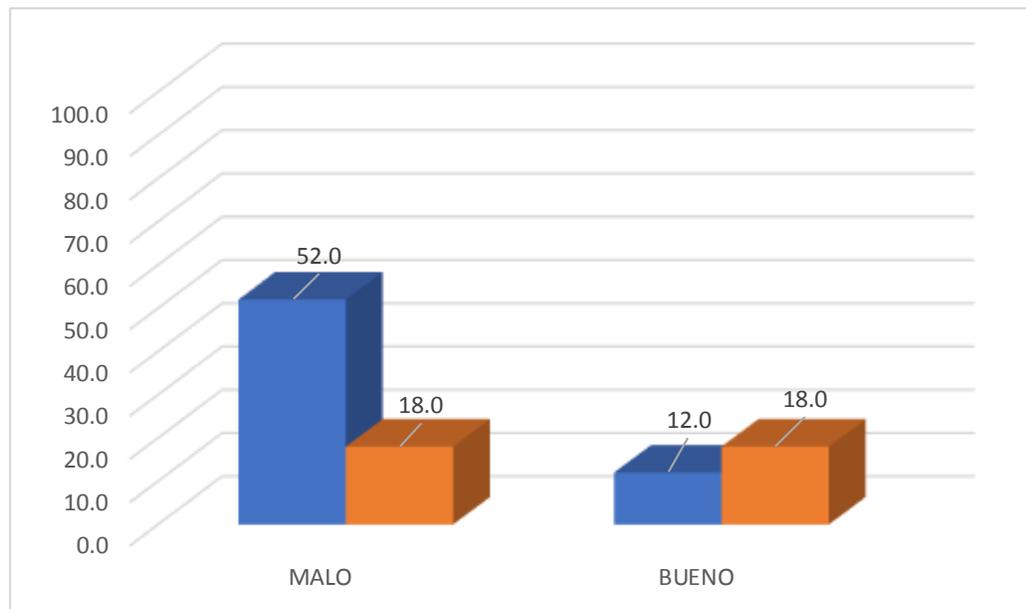
$$GL=1$$

$$P\text{-valor}=0.021$$

Fuente: Centro de atención primaria II San Jacinto.

Gráfico N°9

Relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto



Fuente: Tabla N° 9

Interpretación:

En la tabla y grafico 9, se muestra la relación del estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II, con el autocuidado, encontrándose que el 52% tiene un autocuidado malo y un estilo de vida no saludable, mientras el 18% tiene un autocuidado malo y un estilo de vida saludable, por otro lado el 12% tiene un autocuidado bueno y un estilo de vida no saludable y el 18% tiene un autocuidado bueno y un estilo de vida saludable.

Por lo tanto observando los resultados del estadístico el valor de la Chi cuadrada que es 5.4, está en la región de rechazo de la Hipótesis nula (H_0) y el P valor es menor al 5% podemos afirmar que si existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015, a una confianza de 95%.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN:

En la tabla 1, se observar que el estilo de vida de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable con un 64% y solo el 36% tiene un estilo de vida saludable.

Los resultados concuerdan con la investigación en el ámbito nacional por Landa, N. (2016), concluyendo que el 67% del profesional de enfermería presentan estilos de vida no saludable y 33% presentan estilos de vida saludable.

De igual forma los resultados coinciden con el estudio a nivel regional encontrados por Rodríguez, Y. (2013), cuyo resultados obtuvieron que el 61,3% de las personas adultas tienen un estilo de vida no saludable y en menor proporción el 38,7% tiene un estilo de vida saludable.

Así mismo se asemejan con el trabajo de investigación a nivel local de Delgado, R. (2011), quien evidencio que el 70% de los adultos mayores tienen un estilo de vida saludable, mientras el 30% un estilo de vida no saludable

Con respecto a los resultados obtenidos, podemos decir que un mayor porcentaje de adultos con diabetes mellitus tipo II, tienen un estilo de vida no saludable. Esto se debe a que la mayoría de los adultos no toman cierto grado de importancia sobre el mantenimiento de su salud, y no practican hábitos saludables para preservar su salud.

Los resultados concuerdan con Bourdieu (2009), quien señala que las personas o grupos de personas de una determinada clase social ya sea alta o baja, tienden a compartir los mismos estilos de vida, así como preferencias por ciertos alimentos, actividades deportivas o hobbies. Teniendo cada persona o grupo aspiraciones y expectativas individuales de alcanzar. (pg.96).

Así mismo Jenkins y Barrios (2007), determina que el estilo de vida está vinculado al comportamiento individual y patrones de conducta, destinadas a satisfacer las necesidades humanas básicas y del diario vivir. Siendo éstas diversas actividades, de rutinas cotidianas o hábitos como las características de alimentación, horas de sueño, actividad física entre otras (pg.209).

Por otro lado Perea (2004), menciona que el estilo de vida, es un hábito de vida o forma de vida, considerándose que un individuo cuida de sí mismo si realiza un conjunto de comportamientos para el mantenimiento de la salud, pero que a su vez si practica acciones perjudiciales para su salud esta se verá afectada (pg.77).

En la tabla 2, se observar que el estilo de vida en todas sus dimensiones de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es no saludable en las dimensiones alimentación, actividad y ejercicio y manejo de estrés de hasta un 66%, así mismo en apoyo interpersonal con un 62%, seguido de autorrealización en un 60%, y por ultimo responsabilidad en salud en un 64% siendo no saludable.

Estos resultados se asemejan en la investigación a nivel local de Torrejón, C., Reyna, E. (2011), mostrándose como resultados que el 60,8% de los adultos mayores tiene un estilo de vida no saludable, como resultado de las diversas dimensiones de estilo de vida.

Los resultados obtenidos difieren al estudio de nivel nacional por Palomares, L. (2014), en el cual concluye que el 72.6% de los profesionales de la salud presentan un estilo de vida poco saludable, como resultado de las diversas dimensiones, así mismo no encontró ninguno que presentará estilo de vida no saludable.

Del mismo modo los resultados obtenidos difieren al estudio de nivel internacional por Laguado, E., Gómez, M. (2014), en el cual se obtuvieron como resultados finales que las dimensiones fortalecidas por encima de la media fue responsabilidad en

salud en un 50,5%, relaciones interpersonales 53,4%, actividad física 46,7%, por debajo de la media, nutrición 49,6%, y manejo del estrés 46%.

Por lo antes expuesto de los resultados obtenidos podemos señalar que los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico, en el cual la persona desconoce conductas saludables para preservar su salud. Tal es así que la gran mayoría de los adultos con diabetes mellitus tipo II, tienen un déficit conocimiento sobre una adecuada y balanceada alimentación, el cual conlleva a padecer problemas de sobrepeso, obesidad, entre otros. Así mismo no realizan actividad física de al menos 30 minutos diarios, como manejar bicicleta, caminata, etcétera, llevando una vida sedentaria, por otro lado las actividades cotidianas les conllevan a situaciones que causan tensión, y/o preocupación, no sabiendo llevar un buen manejo del estrés, sin embargo otro problema preocupante es en que no cuentan con apoyo interpersonal como de la familia y amigos para afrontar la enfermedad, mientras que en el desarrollo personal la gran mayoría no se encuentra satisfecho en la dimensión de autorrealización en virtud que un gran porcentaje no cuenta con estudios superiores, teniendo como ocupación ama de casa y obreros. Asimismo su responsabilidad en salud es deficiente, porque la gran mayoría no acude continuamente a sus citas médicas mensuales, sino esporádicamente, así como se automedican cuando padecen algún problema de salud, no toman en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud en cuanto a su dieta, y otras acciones para preservar su salud.

Estos resultados coinciden con Montes de Oca y Mendocilla (2005) planteando que el estilo de vida, es la forma de vivir, de cada ser humano, que estas pueden ser conductas saludables como un adecuado control de emociones negativas, un buen régimen alimenticio y de ejercicios, entre otros, que contribuyen a preservar la salud, disminuyendo el riesgo de enfermar (pg.20).

Del mismo modo coinciden por lo señalado por Del Águila, R. (2012), que los estilos de vida están estrechamente vinculados por conductas que adoptan las personas

como en su alimentación, actividad física, recreación, etcétera. Que son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento que las personas adopten, se podrán prevenir o adquirir diversas enfermedades transmisibles como de las no transmisibles como la (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras (pg.29).

Seguido de Arrivillaga, M., y Salazar, I. (2005), señalando que los estilos de vida saludables incluyen conductas y/o patrones de salud, así como hábitos, creencias, conocimiento, y acciones de los individuos para preservar, restablecer y/o mejorar su salud. Así mismo el evitar conductas que pongan en riesgo la salud, favorecerán la conservación y mejoría de la salud, el cual puede denominarse como la adopción de estilos de vida saludables (pg.31).

En la tabla 3, se observar que el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, es malo en un 70% y solo el 30% tiene un autocuidado bueno.

Estos resultados se asemejan al estudio de nivel internacional por Rivera, L. (2006), concluye que el 53% de las personas tuvieron deficiente capacidad de autocuidado, y un 47% presentaron suficiente capacidad de autocuidado.

Estos resultados se asemejan al estudio de nivel internacional por Soler, Y., Pérez, E., López, M., Quezada, D. (2014), en el cual concluyen que el 90,91% de los pacientes diabéticos tipo II, tienen ausencia de autocuidado, señalando que las dificultades están relacionadas con la práctica de ejercicio físico, la nutrición adecuada y el autocontrol de la glucemia.

Así mismo los resultados concuerdan con los obtenidos a nivel internacional por Romero, I., Dos Santos, A., Martins, A., y Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia, señalando solo que el 33,5% de los adultos con diabetes mellitus tipo II, posee una buena capacidad

de autocuidado.

Sin embargo por otro lado los resultados obtenidos difieren al estudio de nivel internacional por Alvear, R. (2014), señalando que el solo el 18,3% del adulto mayor presenta un autocuidado inadecuado, mientras que el porcentaje restante de 81,7% presenta un autocuidado entre parcialmente adecuado y adecuado.

De los resultados encontrados, se puede evidenciar que un mayor porcentaje de adultos con diabetes mellitus tipo II, tienen un autocuidado malo. Esto se debe principalmente a que no cumplen con un régimen alimentario estricto, consumiendo alimentos prohibidos para su salud. Así mismo desconocen prácticas y/o acciones para preservar su salud, creyendo que el solo hecho de tomar sus medicamentos podrán mantenerla.

Para Leitón, Z., y Ordoñez, Y., (2003), menciona que la persona debe trabajar más en la capacidad de autocuidado, ya que éste es el conjunto de habilidades y destrezas propia de cada persona que llega a poner en práctica de maneja eficaz realizando actividades que le permitan vivir saludablemente, y prevenir enfermedades. Siendo parte del estilo de vida de cada individuo (pg.74).

Así mismo para Ganz, S. (1990), en el campo de la medicina, menciona que el autocuidado tiene la condición de modificar la naturaleza y frecuencia con que un paciente busca la consulta profesional. Tal es así que si un médico incentiva el autocuidado, es con la única finalidad de brindar responsabilidad al paciente para su propio cuidado, haciendo uso de la capacidad del individuo para ejercer el control sobre su salud (pg.12).

Sin embargo para Hackey et al (1994), menciona que el autocuidado es una reacción-conducta del individuo frente a prevención o control de los procesos de enfermedad, promoción de bienestar, así como estrategias que realizan para el mantenimiento de su salud, viéndose estas influenciadas por la cultura de quienes la

practican, el cual está altamente fluido por el conocimiento que las personas poseen (pg.39).

En la tabla 4, se observan el autocuidado en todas sus dimensiones de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, que en mayor porcentaje es malo, siendo en régimen alimentaria de hasta un 84%, así como en actividad física el 94%, mientras que en tratamiento el 90% y en última instancia cuidados personales en un 82%.

Estos resultados son similares a nivel internacional por Millán, I. (2010), en el cual concluyen que los adultos mayores en un 75% no realiza actividad física, teniendo un autocuidado inadecuado, así mismo en alimentación en un 42%.

Los resultados difieren en el estudio de nivel internacional por Merchán, M. (2014), Variables Predictoras de las Conductas de Autocuidado en las personas con diabetes tipo 2, en el cual se evidencia que en la dimensión ejercicio solo el 24,6% tiene un déficit de autocuidado.

Por otro lado los resultados obtenidos difieren en el estudio de nivel nacional por Hidalgo, E. (2005), concluyeron que en la dimensión actividad física solo el 31% no realiza, teniendo un autocuidado malo, así mismo un 8,33% no tiene un adecuado cuidado personal.

Es preciso mencionar que los resultados obtenidos en cuanto al régimen alimentaria un 84% tiene un autocuidado malo porque la gran mayoría no cumple la dieta recomendada, y/o desconoce que alimentos debe incluir en su alimentación, así mismo el 94% no practica ninguna actividad física, esto se debe a que muchos de ellos tienen la idea que a su edad no deberían realizar ejercicio, porque podrían lesionarse, por otro lado el 90% tiene un autocuidado malo en la dimensión tratamiento en virtud que no cumplen estrictamente su tratamiento médico, señalando que regularmente se olvidan de tomar sus medicamentos, no controlan

regularmente su glucosa. Finalmente el 82% en la dimensión cuidados personales tienen un autocuidado malo, esto comprende el cuidado de la piel y cuidado de los pies desconociendo como realizar el secado, y corte de uñas, no inspeccionando diariamente en busca de lesiones, así como en mujeres el usar ligas para sujetar las medias.

Estos resultados coinciden con Landeros, O. (1999), quien señala que el cuidado de la salud sería más eficiente y efectiva si participara en él tanto el paciente como la familia, viéndose reflejada el mantenimiento de la salud en una mejor calidad de vida, por lo tanto el autocuidado contribuiría a disminuir los elevados costos hospitalarios a nivel mundial, así como la prevención específica de ciertas enfermedades, como por otro lado el mantenimiento y mejoramiento la salud (p.55).

Sin embargo para Punamaki y Aschan (1994), tiene otro criterio del autocuidado en el mantenimiento de la salud definiéndola como la capacidad que tiene la persona para ejercer el control sobre su salud o enfermedad. El cual pueden verse modificados a lo largo de la vida (p.61).

Para Mariscal (2006), describe al autocuidado como la capacidad que posee el ser humano para cuidarse adecuadamente, siendo fundamental tener conocimientos sobre los mismos, así como capacidades, confianza, y motivación para ello, pudiéndose verse modificados a lo largo de la vida del ser humano (pg.16).

Finalmente para Chamorro, S. (2011), el autocuidado es una conducta que toda persona debería realizar para sí misma. Así mismo menciona que a lo largo de nuestra vida aprendemos como cuidarnos, ya sea imitando y/o viéndonos motivados mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales de los cuales se encuentran informados de cómo mantener un óptimo estado de salud ejerciéndose los cuidados más elementales para la promoción, prevención y reparación de la enfermedad y/o para el mantenimiento de la salud (pg.33).

En la tabla 5, se observan la correlación del estilo de vida con la dimensión de régimen alimentaria de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, determinándose en mayor porcentaje que el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un régimen alimentario malo.

Estos resultados se asemejan al estudio de nivel internacional por Hurtado y Morales. (2012), correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate, en el cual concluyeron que el 80% poseen hábitos alimenticios poco saludables.

Respecto a los resultados obtenidos, es conveniente precisar que los adultos no tienen un estilo de vida saludable en su alimentación ya que la mayoría tienen desconocimiento en el consumo de una dieta adecuada, así mismo consumen alimentos prohibidos, como elevados en azúcar, carbohidratos, entre otros, que son perjudiciales para preservar su salud.

Los resultados encontrados se afianzan a la propuesta teórica de Orem, D. (2012), quien define la ingesta suficiente de alimentos como uno de los requisitos universales de autocuidado (parr.11).

Para Cockerham (1997), señala que los estilos de vida son las costumbres, la vida cotidiana, así como los patrones de comportamiento de salud, que tienen diferentes elecciones los seres humanos y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Comprendiendo tres aspectos importantes los cuales están interrelacionados: en lo material, social, y en lo ideológico (pg.321).

Los resultados concuerdan con lo que menciona Gallegos y Bañuelos (2010), las personas con diabetes mellitus en un determinado momento presentan preocupación; y por otro lado de manera contradictoria, no buscan y/o realizan medidas para dar solución a sus problemas de salud. Por lo tanto estas personas

necesitan adquirir capacidades especializadas de autocuidado en el consumo de sus alimentos. (pg.44).

En la tabla 6, se observar la correlación del estilo de vida con la dimensión de actividad física de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, determinándose que un mayor porcentaje de 64% tiene un estilo de vida no saludable y una actividad física mala, seguido de un 30% que tiene un estilo de vida saludable y una actividad física mala.

Los resultados obtenidos se asemejan al estudio de nivel internacional por Hurtado y Morales. (2012), en el cual señala que de los médicos que participaron del estudio el 56% no realiza actividad física, ni practican algún deporte, por ende tienen un estilo de vida no saludable

Estos resultados obtenidos, se debe porque un gran porcentaje de los adultos por razones laborales y/o domesticas no practican actividad física, llevando una vida sedentaria, así mismo una minoría refiere no agradarles el realizarlas, o no tener tiempo.

Así mismo podemos mencionar que los resultados obtenidos coinciden con la teoría de autocuidado de Orem, O. (1990), quien hace referencia en cuanto al requisito de autocuidados universales, señalando que son muy comunes en todos los seres humanos en cada una de las etapas de su ciclo de vida, como: En la higiene física, en actividades de la vida cotidiana, en la salud mental. El cual comprende prácticas relativas a la salud y enfermedad, alimentación, actividad física y mental interacciones sociales, actividad y reposo, así como el compartir creencias (parr.8).

En la tabla 7, se observar la correlación del estilo de vida con la dimensión de tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, observándose que en mayor porcentaje el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un tratamiento malo, y el 26% tiene un estilo de vida saludable

y un tratamiento malo.

Los resultados obtenidos difieren al trabajo de investigación a nivel internacional por Alvear, R. (2014), en el cual concluye que 65.4% de la personas adulta mayor en el cual predomina la mujer representando un autocuidado adecuado en la dimensión tratamiento.

Estos resultados se muestran porque existen pacientes que a pesar que reciben información sobre el tratamiento adecuado, cuando acuden al programa de control de la diabetes, la mayoría de ellos no se cuidan, siendo estos hábitos perjudiciales para el individuo que ponen en riesgo su bienestar.

Para Brunner (1998), señala que es imprescindible revisar los pies diariamente en busca de cualquier laceración, así como fisuras, úlceras, signo de enrojecimiento, ampollas; entre otros. Así mismo se debe tener cuidado en no utilizar calzados apretados, así se podrá evitar la formación de ampollas. Por otro lado si se tuviese la piel seca se debe lubricar con crema, teniendo precaución en no untar crema entre los dedos de los pies (pg.109).

En la tabla 8, se observar la correlación del estilo de vida con la dimensión de cuidados personales de las personas con diabetes mellitus tipo II del centro de atención primaria II San Jacinto, evidenciándose que un porcentaje elevado de 64% tiene un estilo de vida no saludable y un cuidado personal malo, por otro lado el 18% tiene un estilo de vida saludable y un cuidado personal malo, mientras que el otro 18% tiene un estilo de vida saludable y un cuidado personal bueno.

Los resultados obtenidos difieren al estudio a nivel internacional por Gallardo, U. et al. (2010), Percepción de riesgos en pacientes con diabetes mellitus durante el autocuidado de los pies, concluyendo que en la mayoría de los criterios analizados se encontraron respuestas adecuadas referente al cuidado personal donde el 70 % tiene un adecuado cuidado de los pies.

Estos resultados hallados se debe a que los adultos, presentan cierto descuido, por desconocimiento en el cuidado de la piel y de los pies, no practican el correcto secado así mismo no observan la aparición de lesiones, desconocen como recortar correctamente las uñas, entre otros. Por otro lado no se protegen con guantes las manos, en virtud que la mayoría de los adultos son obreros y trabajan en el campo, en la siembra y recojo de caña de azúcar.

Así mismo para Colliere (1993), define el cuidado personal como una variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, en el que implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables en la que cada individuo pone en práctica, con el propósito de mejorar o mantener la salud (pg.72).

En la tabla 9 se observa la relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria II San Jacinto, en el cual se concluye que si existe relación significativa entre ambas variables.

Estos resultados coinciden con el estudio a nivel nacional por Anaya, A. (2015), en el cual se concluyó que existe relación significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia y el incremento de las complicaciones.

Así mismo coinciden con el estudio a nivel nacional por Corbacho, K., Palacios, N., y Vaiz, R. (2009), concluyendo que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida.

Podemos mencionar que los resultados obtenidos, se presentan porque un gran porcentaje de las personas con diabetes mellitus tipo II, tienen déficit de conocimiento en cómo llevar un estilo de vida saludable, así mismo tienen un autocuidado malo porque no llevan una alimentación adecuada, no realizan ejercicios

físico, no cumplen estrictamente el tratamiento recomendado por el profesional de salud, así como no tiene un cuidado personal adecuado.

Estos resultados coinciden con la teoría sustentada por Orem, D. (2001), quien afirma que el autocuidado se va aprendiendo de acuerdo a la situación de salud que se está viviendo y a la etapa de desarrollo de cada individuo, así mismo es la habilidad adquirida por personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, y que surgen de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales, que promueven el bienestar y el desarrollo humano (pg.70).

Por otro lado Gallegos, E. (2003), menciona que la participación del personal de enfermería en el cuidado de la salud de personas con problemas crónico-degenerativos, deben ser prioridad en la política y en programas innovadores en el cuidado de estos individuos, así como la evaluación sobre la participación del personal de enfermería en los modelos de atención tradicionales. Sin embargo a pesar de que los programas de salud parecen ser idóneos, no han logrado tener el impacto esperado en indicadores epidemiológicos, observándose que estos modelos difieren de la realidad para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusión general

En el presente estudio se pudo determinar que el 64% de los adultos con diabetes mellitus tipo II, del Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015, presentan un estilo de vida no saludable, y un 70% presenta un autocuidado malo. Así mismo se puede evidenciar la significancia de la relaciones entre las dimensiones y variables de estudio.

5.2. Conclusiones específicas

- Los adultos con diabetes mellitus tipo II, presenta un estilo de vida no saludable en un 64% y un mínimo porcentaje de 36% estilo saludable, tal como se puede apreciar en la tabla 1.
- En el estilo de vida según sus dimensiones, los adultos con diabetes mellitus tipo II presentan estilos de vida no saludable en un 66% en alimentación, así como en actividad y ejercicio, y manejo del estrés, un 62% en apoyo interpersonal, 60% en autorrealización, y 64% en responsabilidad en salud, como se observa en la tabla 2.
- El 70% de los adultos con diabetes mellitus tipo II, tiene un autocuidado malo, mientras que un mínimo porcentaje de 30% tiene un autocuidado bueno, como se evidencia en la tabla 3.
- El autocuidado en sus diversas dimensiones es malo en gran porcentaje en un 84% para régimen alimentaria, 94% en actividad física, 90% para tratamiento, y un 82% en cuidados personales, como se aprecia en la tabla 4.
- En la relación entre el estilo de vida y la dimensión régimen alimentaria en la mayoría de los adultos predomina el estilo de vida no saludable y

un régimen alimentario malo en un 64%, mientras que solo un 16% presenta un estilo de vida saludable y un régimen alimentario bueno, como se observa en la tabla 5.

- En relación entre el estilo de vida y la dimensión actividad física un gran porcentaje de 64% tiene un estilo de vida no saludable y una actividad física mala, en virtud que no la practican, por otro lado solo el 6% tiene un estilo de vida saludable y una actividad física buena, como se evidencia en la tabla 6.

- En relación entre el estilo de vida y la dimensión tratamiento un elevado porcentaje de 64% tiene un estilo de vida no saludable y un tratamiento malo, por otro lado solo el 10% tiene un estilo de vida saludable y un tratamiento bueno, como se aprecia en la tabla 7.

- En relación entre el estilo de vida y la dimensión cuidados personales el 64% tiene un estilo de vida no saludable y un cuidado personal malo, mientras que solo un 18% tiene un estilo de vida saludable y un cuidado personal bueno, como se observa en la tabla 8.

- En relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, predomina un gran porcentaje de 52% con un autocuidado malo y un estilo de vida no saludable, mientras que solo un 18% tiene un autocuidado bueno y un estilo de vida saludable, como se observa en la tabla 9. Así mismo se pudo determinar que si existe relación significativa entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

- Elaborar información escrita como folletos, trípticos, dípticos, entre otros, que permitan mejorar la comprensión y recuerdo de la recomendación brindadas por el personal de salud.
- Brindar charlas educativas continuas de alimentación saludable por parte del profesional nutricionista.
- Sensibilizar y concientizar a los pacientes durante el control mensual sobre hábitos saludables para el mantenimiento de su salud.
- Adecuar espacio diferenciado en el establecimiento para incentivar a realizar actividades físicas y/o deportivas, en el cual lidere el profesional de la salud.
- Que el presente estudio de investigación sirva de estímulo para incentivar a profesional de la salud sigan investigando sobre estilos de vida relacionados con otros factores determinantes.
- Informar al equipo de salud del centro de atención primaria II San Jacinto, los resultados obtenidos, con la finalidad de que apliquen un plan de trabajo urgente respecto a mejorar los estilos de vida, mediante el autocuidado en los adultos.
- Que el centro de salud coordine con autoridades locales competentes en salud, para trabajar en equipo promoviendo estrategias sanitarias de salud para promocionar estilos de vidas saludables.

VII. REFERENCIAS

VII. REFERENCIAS

- Alcaraz, N. et al. (2009). *Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. Cultura de los cuidados*. Recuperado en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11548/1/CC_25_14.pdf
- Anaya, A. (2015). *El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores- Lima en el año 2012*. (Tesis de maestría). Recuperado en <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/457/T.M.378.A55.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Acuña, E. (2013). *Estadística Elemental*. [Diapositivas]. Puerto rico: Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayaguez.
- Alarcón, N. et al. (2013). *Intervención educativa: Implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético*. Recuperado en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36343/1/2013_Alarcon_etal_Rev-enferm-UERJ.pdf
- Aparicio, P. y Delgado, R. (2011). *Relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización Casuarinas, Nuevo Chimbote*. Recuperado en http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a8.pdf
- Arrivillaga, M., Salazar, I. (2005). *Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos*. Psicología Conductual.

Alvarez, L. (2012). *Estilo de vida y alimentación*. Gazeta de antropología. Murcia. Recuperado en http://www.ugr.es/~pwlac/G25_27Luis_Alvarez-Amaia_Alvarez.html

Álvarez, L. (2012). *Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Scielo. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>

Alvear, R. (2014). *Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del centro de promoción activa del IESS-Cuenca* (Tesis de especialidad). Recuperada de <file:///C:/Tesis%20Espec.%20Ecuador%20autocuidado.pdf>

Basáez, C., Gallardo, V., y Trujillo, A. (2003). *Autocuidado en el equipo de salud. Diplomado en Salud Pública Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Recuperado en http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Ensayo_Autocuidado_en_el_equipo_de_salud.pdf

Brunner (1998), *“Enfermería médico quirúrgico”*. Ed. Interamericana. España

Cabanillas, M., Manturano, Z. (2013). *Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoven. 2013*. Revista Científica de Ciencias de la Salud 7:2 2014. Recuperada de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/222

Corbacho, K., Palacios, N., y Vaiz, R. (2009). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus*. Rev enferm Herediana. Recuperado en http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2009/enero/ART4_CORBACHO.pdf

Córdova, N. (2010). *Calidad de Vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú - Chiclayo, 2010* (Tesis para optar el grado académico de maestría en enfermería). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Colliere, M. (1993). *Promover la Vida*. Ed. Mc Graw Hill. España

Crispín, K., y Reyna, V. (2011). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto maduro en el pueblo joven PPAO, Nuevo Chimbote*. Revista Uladech. Recuperado de <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/839/502>

Chamorro, S. (2011). *El autocuidado del otro, diversidad cultural y enfermería transcultural*. Gac Antrop.

Del Águila R. (2012). *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*. OPS/OMS Chile. Recuperado en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>

Díaz, O. (2000). *Programa nacional de diabetes*. La Habana. Recuperado en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa__nacional_de_diabetes.pdf

Dirección Regional de Salud Ancash, (2011). *Análisis de situación de salud Dires Ancash*. Recuperado en <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Ancash/Ancash2011.pdf>

Dirección Regional de Salud Ancash, (2014). *Resumen Ejecutivo del Análisis de Situación de Salud Dires Ancash*. Recuperado en http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_ancash.pdf

Duran, B., Rivera, V., y Franco, E. (2001). *Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n3/a09v43n3.pdf>

Estefanero Y. (2006). *Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Recuperado en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/528/1/Estefanero_cy.pdf

Gallardo, U. et al. (2010). *Percepción de riesgos en pacientes con diabetes mellitus durante el autocuidado de los pies*. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul. Recuperado en http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol11_01_10/ang08110.pdf.

García, M. (2011). *Influencia de los estilos de vida en el rendimiento académico de los estudiantes de medicina*. (Tesis de doctorado). Recuperado en http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5543/TESIS%20DOCTORAL_Marcial%20Garc%C3%ADa%20Carranza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Da, M., y Hernández, A. (2005). *Estilos y calidad de vida*. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>.

Guerrero, L., León, A. (2010). *Estilo de vida y salud. Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. REDALYC.Org. Recuperado en <http://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>

Hernández S., R. (2010). *Metodología de la investigación*. (5.a ed.). México: Mc Graw Hi.

Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón (2012). *Oficina de Estadística e Informática. Morbilidad Hospitalaria del resumen de tarjetas de hospitalización*. Nuevo Chimbote – Perú.

Hospital La Caleta (2015). *Oficina de Estadística e Informática. Diagnóstico y de situación de Diabetes Mellitus*. Chimbote - Perú.

Hurtado, L. y Morales, C. (2012). *Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital Regional de Sonsonate. Junio a noviembre 2011*. (Tesis de especialidad). Recuperado de [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Correlaci%C3%B3n%20entre%20%20Estilos%20de%20Vida%20y%20%20la%20Salud%20de%20los%20M%C3%A9dicos%20del%20Hospital%20Regional%20de%20Sonsonate.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Correlaci%C3%B3n%20entre%20%20Estilos%20de%20Vida%20y%20%20la%20Salud%20de%20los%20M%C3%A9dicos%20del%20Hospital%20Regional%20de%20Sonsonate.%20(1).pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Nota de prensa. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*. Recuperado en

<http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-176-de-la-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tienen-hipertension-arterial-9771/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Perú: *Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2015. Programa de enfermedades no transmisibles- Diabetes mellitus*. Recuperado en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf

Laguado, E. y Gómez, M. (2014). *Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa Colombia*. Hacia promoci. salud. 2014. Scielo. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>

Landa, N. (2016). *Estilos de vida del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Regional de Huacho –2016* (Tesis de especialidad). Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5271/1/Landa_ch n.pdf

Landeros, O. (1999). *Aplicación clínica de la teoría del autocuidado en personas con afecciones cardiovasculares*. Archl Inst Nac Cardiol

León, A. (2013). *Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes*. [Artículo en internet]. Educere. [Citado el 15 de Oct. del 2013]. Recuperado en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo>.

Licata, M. (2007). *La actividad física dentro del concepto salud*. Recuperado en <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>

- Mariscal, M. (2006). *Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama*. Universidad de Alicante. Tesis doctoral.
- Medellín, B. (2007). *Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007. México.
- Méndez, C y Montero F. (2011). *Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del HBT*. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Universidad privada Antenor Orrego de Trujillo.
- Meneses, C. (2014). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar*. (Tesis de especialidad, Universidad veracruzana). (Acceso el 2 de abril del 2016).
- Merchán, M. (2014), *Variables Predictoras de las Conductas de Autocuidado en las personas con diabetes tipo 2*. Universidad de Alicante. Tesis doctoral. Recuperado en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf
- Millán, I. (2010). *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*. Revista Cubana de Enfermería. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es

Ministerio de salud (2015). *Guía Técnica: Guía de la práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. Recuperado en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

Mondéjar, M., Rosas, L., Morgado, A., Hernández, N., Junco, G. (2013). *Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado*. Revista Mediciego. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs132h.pdf>

Morrón, M. (2012). *Relación entre estilo de vida y las características socio laborales de los enfermeros del Hospital Sergio Bernales en el 2012*. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Recuperado de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/702/550>

Montes de Oca, J. y Mendocilla (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Ministerio de educación del Perú.

Olcoz, M. (2009). *Alimentación y nutrición*. Recuperado en [Portada en <http://lacocinanavarra.lacocelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>

Organización mundial de la salud (2016). *Centro de Prensa. Nota descriptivas*. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización mundial de la salud (2016). *Diabetes: Perfiles de los países*. Recuperado en <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>

Organización Panamericana de la salud (2016). *Día mundial de la diabetes 2016: Ojo con la diabetes*. Recuperado en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=articleid=6717&Itemid=39447&lang=es&

Orem, D. (9 de junio de 2012). *Teoría general del autocuidado*. [Mensaje en un blog]. Recuperado de
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>

Palomares, L. (2014). *Estilo de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*. (Tesis de maestría). Recuperada de
http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/566985/2/TesisdeMaestr%C3%ADa_LitaPalomares.pdf

Pardo, Y y Rodríguez, Y. (2014). *Estilo de la unión, Chimbote*. Recuperado en
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/220>

Pender, N. (12 de junio de 2012). *Modelo de promoción de la salud*. [Mensaje en un blog]. Recuperado en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>

Pérez, E. et al. (2015). *Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim163g.pdf>

- Pimentel, J., Sanhueza, O., Gutiérrez, J., Gallegos, E. (2014). *Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes*. Revista Scielo Ciencia y Enfermería. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_06.pdf
- Pinedo, E. (1998). *Estilo de Vida, Factores Socio demográficos y Bienestar Percibido en Asegurados Hipertensos* (Tesis para optar el grado de maestra en enfermería con mención en salud familiar y comunitaria]. Trujillo: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Rivera, L. (2006). *Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia*. Rev. salud pública. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf>
- Rodríguez, Y. (2013). *Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Santa, Región Ancash, 2013*. Recuperado en <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/838>
- Romero, I., Dos Santos, A., Martins, A., y Zanetti, M. (2010). *Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia*. Rev Latino –Am Enfermagen. México. Recuperado en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
- Seguro Social del Perú (2015). *Perfil Epidemiológico de la Población Asegurada por Redes Asistenciales y sus Elementos Condicionantes*. Recuperado en http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/perf_epidem_poblac_aseg_r_asistenc_elemento_condici_2015.pdf

- Soler, Y., Pérez, E., López, M., Quezada, D. (2014). *Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Revista Scielo. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n3/amc040306.pdf>
- Sausa, M. (08 de noviembre del 2014). *La diabetes está aumentando en la población de entre 30 y 50 años*. Perú21, p. 5.
- Streiner, D. & Norman G. (2000). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Torrejón, C., Reyna, E. (2011). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor*. *Revista científica IN CRESCENDO*. Recuperado en http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v3n2/a1.pdf
- Uno de Tres arequipeños tendrá diabetes en 2017. (07 de abril del 2016). *La República*, p. 15.
- Veinte mil personas conviven con la diabetes en Tacna. (15 de julio del 2016). *Correo*, p. 10.
- Wong, C. (2012). *Estilos de vida*. Universidad de San Carlos. Área de salud pública. Guatemala. Recuperado en <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 1

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado Por: Méndez A. (2017)

Instrucciones: A continuación le presentamos una encuesta sobre Estilo de vida, que consta de 25 preguntas con cuatro alternativas cada una, marque con una equis (X) la alternativa que Usted considere es la adecuada. Conteste con absoluta veracidad. Recuerde que la encuesta es anónima y confidencial. Se agradece su valiosa colaboración.

N°	ITEMS	CRITERIOS			
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Cumple Ud. la dieta recomendada cuando le indica el personal de salud.	N	V	F	S
6	Consume Ud. comidas que incluyan azúcares, grasas: Pasteles, gaseosas, helados, mayonesa, mantequilla.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o	N	V	F	S

	preocupación.				
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACION					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el medico	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas	N	V	F	S

TABLA DE ESPECIFICACIONES

Escala del Estilo de Vida

I. Datos Informativos:

- Autor : Walker, Sechrist, Pender
- Modificado por : Méndez, A.
- Tipo de instrumento : Cuestionario, tipo escala valorativa
- Niveles de aplicación : A los pacientes adultos con diabetes mellitus II
- Administración : Individual.
- Duración : 60 minutos.
- Materiales : Un ejemplar, instrumento impreso, lapicero.
- Responsable de la aplicación: Autor.

II. Descripción y propósito:

El instrumento que se utilizará consta de 25 ítems, que están comprendidos en las dimensiones de la variable dependiente.

III. Tabla de Especificaciones:

Dimensión	Ítems	Puntaje
Alimentación	1,2,3,4,5,6	Saludable No saludable
Actividad y ejercicio	7,8	
Manejo de estrés	9,10,11,12	
Apoyo Interpersonal	13,14,15,16	
Autorrealización	17,18,19	
Responsabilidad en salud	20,21,22,23,24,25	
Total	25 ítems	

IV.- Opciones de respuesta:

Nº de Ítems	Puntaje
Del 1 al 25	Saludable 75-100
	No Saludable 25-74

V.- Niveles de valoración:

Ficha Técnica del Instrumento de Recolección de Datos

1. Nombre del instrumento	- Escala del Estilo de Vida
2. Autor	- Walker, Sechrist, Pender
3. Modificado:	- Br. Méndez, A.
4. Año	- 2017
5. Tipo de instrumento	- Cuestionario
6. Niveles de aplicación	- Escala del estilo de Vida
7. Tipo de reactivos	- Preguntas cerradas y selección única.
8. Administración	- Aplicación al paciente con diabetes mellitus tipo II
9. Duración	- 20 mint.
10. Validación	- A juicio de tres expertos
11. Muestra piloto	- Aplicación del instrumento para evaluar el estilo de vida para determinar la confiabilidad.
12. Confiabilidad	- Alfa de Cronbach 0,8490
13. Materiales	- Instrumento impreso - Lapicero
14. Significancia	- El instrumento consta 25 ítems de opinión que miden el estilo de vida

**INSTRUMENTO PARA VALORAR EL NIVEL DE
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS**

Autora: Montero y Méndez

INSTRUCCIONES: A continuación se formula preguntas para evaluar el nivel de autocuidado, se le solicita responder a todas las preguntas con sinceridad, es **ANÓNIMO**, se usará la información solo para mejorar su tratamiento.

A.- REGIMEN ALIMENTARIA	S	AV	N
1.-Ha recibido información sobre su dieta en forma individual			
2.-Participa en la selección y plan de su dieta			
3.-Respeta la lista de alimentos permitidos y prohibidos			
4.- Realiza visitas a la nutricionista			
5.- Reconoce la importancia de las frutas y verduras en su dieta.			
6.- Respeta las porciones de alimentos en su dieta.			
7.- Respeta el horario de consumo de alimentos.			
8.- Consume bebidas alcohólicas.			
B.- ACTIVIDAD FÍSICA			
9.- Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día.			
10.- Cuando hace ejercicios, realiza movimientos suaves.			
C.- TRATAMIENTO			
11.-Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico.			
12.-Se mide la presión arterial frecuentemente.			
13.-controla su glucosa regularmente.			
14.-Esta alerta a los efectos colaterales de los hipoglucemiantes que toma (náuseas, diarreas, confusión, sudoración, visión doble).			

D.- CUIDADOS PERSONALES			
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los Pies 			
15.-Realiza el lavado de pies todos los días.			
16.- Realiza secado de los pies teniendo cuidado en los entre dedos.			
17.- Usa zapatos ajustados que causan incomodidad.			
18.- Inspecciona diariamente sus pies en busca de lesiones			
19.- Usted usa ligas.			
20.- Se recorta las uñas en forma recta.			
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la piel 			
21.-Se baña y seca con especial cuidado en las zonas de pliegue, ingle y ombligo.			
22.-Usa pantalón y manga larga cuando va al campo.			
23.- Usa guantes para proteger sus manos cuando está en riesgo de lesionarse.			
24.-Evita rasguños, pinchazos en piel.			
25.-Si tiene una herida lava con agua y jabón y la protege con gasa.			
26.- Se lubrica su piel, usando cremas.			

TABLA DE ESPECIFICACIONES

Nivel de Autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus

I. Datos Informativos:

- Autor : Montero y Méndez
- Modificado : -----
- Tipo de instrumento : Cuestionario, tipo escala valorativa
- Niveles de aplicación : A los pacientes con diabetes mellitus tipo II
- Administración : Individual.
- Duración : 30 minutos
- Materiales : Un ejemplar, instrumento impreso, lapicero.
- Responsable de la aplicación: Autor.

II. Descripción y propósito:

El instrumento que se utilizará consta de 26 ítems, que están comprendidos en las dimensiones de la variable dependiente.

III. Tabla de Especificaciones:

Dimensión	Ítems	Puntaje
Régimen Alimentaria	1,2,3,4,5,6,7,8	Bueno Malo
Actividad Física	9,10	
Tratamiento	11,12,13,14	
Cuidados personales	15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26	
Total	26 ítems	

IV.- Opciones de respuesta:

Nº de Ítems	Puntaje
Del 1 al 26	Bueno 52 - 78
	Malo 26-51

V.- Niveles de valoración:

Ficha Técnica del Instrumento de Recolección de Datos

15. Nombre del instrumento	- Nivel de Autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus
16. Autor	- Montero y Méndez
17. Modificado:	- Br. Méndez Rodríguez Aracelly Ingrid
18. Año	- 2017
19. Tipo de instrumento	- Cuestionario
20. Niveles de aplicación	- Nivel de Autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus
21. Tipo de reactivos	- Preguntas cerradas y selección única.
22. Administración	- Aplicación al paciente con diabetes mellitus tipo II
23. Duración	- 20 mint.
24. Validación	- A juicio de tres expertos
25. Muestra piloto	- Aplicación del instrumento para evaluar el autocuidado para determinar la confiabilidad.
26. Confiabilidad	- Alfa de Cronbach 0,8150
27. Materiales	- Instrumento impreso - Lapicero
28. Significancia	- El instrumento consta 26 ítems de opinión que miden las buenas prácticas

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 01**

1. NOMBRE DEL JUEZ	MARTINA MIRTHA CABEZUDO TORRES
2. PROFESIÓN	ENFERMERA
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD	ENFERMERA INTENSIVISTA
EXPERIENCIA PROFESIONAL	40 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	ESSALUD
CARGO	COORDINADORA UNIDAD CUIDADOS PACIENTES - UCI
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015	
3. NOMBRE DEL TESISISTA: Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodríguez	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud, del adulto con diabetes mellitus tipo II.
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 25 preguntas que están comprendidos en las dimensiones de la variable estilo de vida.

	<p>La cual ha sido modificada por la investigadora.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS:	—
8. COMENTARIO GENERALES:	APTO PARA SER APLICADO
9. OBSERVACIONES:	—



JUEZ

Dra. Martina Mirtha Cabezas Torres
 SELLO Y FIRMATURA
 DECANA
 CEP. 2853

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 01**

1. NOMBRE DEL JUEZ	MARTINA MIETNA CABEZUDO TORRES
2. PROFESIÓN	ENFERMERA
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD	ENFERMERA INTENSIVISTA
EXPERIENCIA PROFESIONAL	40 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	ESSALUD
CARGO	COORDINADORA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS -UCI
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015	
3. NOMBRE DEL TESISISTA: Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodríguez	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales.
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 26 preguntas que están comprendidas en las dimensiones de la variable autocuidado.

	<p>La cual ha sido elaborado por las autoras Br. Alayo Agreda Isaura y Horna Huancas Janet.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS:	—
8. COMENTARIO GENERALES:	APTO PARA SER APLICADO
9. OBSERVACIONES:	—


 JUEZ
 Dra. Martina Mirtha Cabezudo Torres
 SELLO Y FIRMA
 CEP. 2853

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 02**

1. NOMBRE DEL JUEZ	BETSABE RUBI MARIATEGUI GILES
2 PROFESIÓN	ENFERMERA
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SAUD
ESPECIALIDAD	PACIENTE CRITICO EN ADULTO -UNT
EXPERIENCIA PROFESIONAL	30 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL LA CALETA
CARGO	JEFA DE DTO DE ENFERMERIA
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015	
3. NOMBRE DEL TESISISTA: Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodriguez	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud, del adulto con diabetes mellitus tipo II.
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 25 preguntas que están comprendidos en las dimensiones de la variable estilo de vida.

	<p>La cual ha sido modificada por la investigadora.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS	—
8. COMENTARIO GENERALES	—
9. OBSERVACIONES	—


Gobierno Regional de Ancash
Dirección Regional de Salud
Hospital "La Esmeralda" Chimbote

Marieluisa Giltes
1204570
PROFESIONISTA

JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA



**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 02**

1. NOMBRE DEL JUEZ	BEJSABE RUBI MARIA TEGUI GILES.	
2	PROFESIÓN	ENFERMERA
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.
	ESPECIALIDAD	Paciente Crónico en Adulto UNT
	EXPERIENCIA PROFESIONAL	30 AÑOS
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital La Caleda.
	CARGO	JEFE DE DPTO DE SUPERMERIA
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015		
3. NOMBRE DEL TESISISTA : Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodríguez		
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 26 preguntas que están comprendidas en las dimensiones de la variable autocuidado.	

	<p>La cual ha sido elaborado por las autoras Br. Alayo Agreda Isaura y Horna Huancas Janet.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS	—
8. COMENTARIO GENERALES	—
9. OBSERVACIONES	—


 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "LA PRIZETA" CHIMBOTE

 Lic. Rubi Maritegui Giles
 C.P.S. DNI 3794570
 ESPECIALISTA EN ENFERMERIA

JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 03**

1. NOMBRE DEL JUEZ		YSELA GONSALEZ BALTOIANO
2	PROFESIÓN	CIRUJANO DENTISTA
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
	ESPECIALIDAD	-
	EXPERIENCIA PROFESIONAL	14 AÑOS
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	ESSALUD - SAN JACINTO
	CARGO	COORDINADORA SALUD BUCAL
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015		
3. NOMBRE DEL TESISTA: Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodríguez		
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud, del adulto con diabetes mellitus tipo II.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 25 preguntas que están comprendidos en las dimensiones de la variable estilo de vida.	

	<p>La cual ha sido modificada por la investigadora.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS	—
8. COMENTARIO GENERALES	—
9. OBSERVACIONES	—


 RED ASISTENCIAL JANCASH
 QAP / S.A. / SUCRE

 Dra. Yssela González Baltodano
 CIRUJANA DENTISTA
 CCP: 17248

JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS
DEL CUESTIONARIO- JUEZ 03**

1. NOMBRE DEL JUEZ	YSELA GONSALEZ BALTOBANO	
2	PROFESIÓN	CIRUJANO DENTISTA
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
	ESPECIALIDAD	-
	EXPERIENCIA PROFESIONAL	14 AÑOS
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	ESSALUD - SAN JACINTO
	CARGO	Coordinadora Salud Bucal .
Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015		
3. NOMBRE DEL TESISTA : Br. Aracelly Ingrid Méndez Rodriguez		
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Cuestionario: Tipo Encuesta Contexto:	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Identificar el nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 26 preguntas que están comprendidas en las dimensiones de la variable autocuidado.	

	<p>La cual ha sido elaborado por las autoras Br. Alayo Agreda Isaura y Horna Huancas Janet.</p> <p>Las preguntas están orientadas a un establecimiento de salud según nivel de atención.</p>
7. PREGUNTAS OBSERVADAS	-
8. COMENTARIO GENERALES	-
9. OBSERVACIONES	-




 RED ASISTENCIAL HUANCAYO
 C.A. HUANCAYO
 Dra. Yssela González Baltodano
 CIRUJANA DENTISTA
 C.C.P. 1248

JUEZ

SELLO Y COLEGIATURA

Anexo 2: Matriz de consistencia

Problema de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Marco Conceptual	Método de Investigación	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.
<p>¿Existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado de la persona adulta con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015?</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar el estilo de vida del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015. -Identificar el estilo de vida según las dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud. -Identificar el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015. -Identificar el nivel de autocuidado según las dimensiones: Régimen 	<p>Hi: Si existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.</p> <p>Ho: No existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II, Centro de atención primaria II San Jacinto, 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estilo de vida -Autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> -Teoría de Estilo de vida de Nola Pender -Teoría del autocuidado de Dorothea Orem 	<p>La presente investigación por su naturaleza es cuantitativa. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional.</p> <p>Población: Adultos con diabetes mellitus tipo II (50 personas)</p> <p>Muestra: No se trabajó con muestra debido a que la población abarcó el diseño en su totalidad de la investigación, (50 adultos).</p>	<p>Se utilizó dos cuestionarios :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escala de estilo de vida -Autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus

	<p>alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales.</p> <p>-Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión régimen alimentario del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.</p> <p>-Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión actividad física del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.</p> <p>-Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.</p> <p>-Establecer la relación entre el autocuidado y la dimensión cuidados personales del adulto con diabetes mellitus tipo II del Centro de Atención Primaria II San Jacinto, 2015.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

Anexo 3: Constancia emitida por la institución que acredita la realización del estudio



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha contra la Corrupción"

CARTA N° 0132 -UClyD-GRAAN-ESSALUD-2017.

Chimbote, 19 de Julio del 2017

Señor.

DR. IVAN LOPEZ BOCANEGRA
Director del CAP II San Jacinto
Red Asistencial Ancash,
Seguro Social de Salud – EsSalud
Presente.-

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA APLICAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

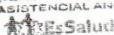
De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez para informar que la estudiante **MENDEZ RODRIGUEZ ARACELLY INGRID**, se encuentra realizando el Proyecto de Investigación denominado: "ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II, CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA II SAN JACINTO, 2015"

En virtud a lo expuesto, la mencionada profesional solicita la autorización para la recolección de datos, a fin que le permitan desarrollar su trabajo de investigación, razón por lo cual, solicitamos a usted, tenga a bien brindar las facilidades del caso, con la finalidad de que la mencionada profesional pueda recopilar la información necesaria, salvaguardando la integridad de nuestros pacientes y respetando las normas institucionales.

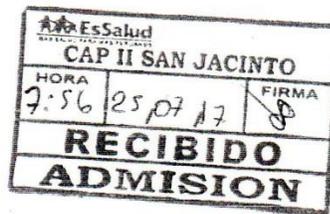
Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lic. Ruth Cotos Alva
JEFE UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y EDUCACION
RED ASISTENCIAL ANCASH


RCA/
CC. Archivo

	Área	Año	Correlativo
NIT	6543	2017	5497





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Usuario

A través del presente documento se solicita su participación en la investigación:

“Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus Tipo II, Centro de atención Primaria II San Jacinto, 2015”

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá que asista en una fecha coordinada previamente, en un tiempo aproximado de 30 minutos, en el cual se le aplicará el cuestionario sobre: **ESTILO DE VIDA.**

La información sobre los datos de los cuestionario serán confidenciales los mismos que serán codificados a través de letras y números por lo tanto serán anónimas, y serán registrado únicamente por el investigador además, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La participación es voluntaria. Ud. tiene el derecho de retirar su participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni implica costo alguno. No recibirá ninguna compensación por participar. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si luego desea realizar alguna pregunta relacionada con esta investigación, deberá comunicarse con el investigador

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación, a cargo del Maestrante Br. ARACELLY MÉNDEZ RODRIGUEZ.

Nombre y Firma - DNI:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Usuario

A través del presente documento se solicita su participación en la investigación:

“Estilo de vida relacionado con el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus Tipo II, Centro de atención Primaria II San Jacinto, 2015”

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá que asista en una fecha coordinada previamente, en un tiempo aproximado de 60 minutos, en el cual se le aplicará el cuestionario sobre: **AUTOCUIDADO**.

La información sobre los datos de los cuestionario serán confidenciales los mismos que serán codificados a través de letras y números por lo tanto serán anónimas, y serán registrado únicamente por el investigador además, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La participación es voluntaria. Ud. tiene el derecho de retirar su participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni implica costo alguno. No recibirá ninguna compensación por participar. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si luego desea realizar alguna pregunta relacionada con esta investigación, deberá comunicarse con el investigador

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación, a cargo del Maestrante Br. ARACELLY MÉNDEZ RODRIGUEZ.

Nombre y Firma - DNI:

ESTILO DE VIDA

Base de datos

ENCUEST	XACS1	YEV74		EV1	EV2	EV3	EV4	EV5	EV6	EV7	EV8	EV9	EV10	EV11	EV12	EV13	EV14	EV15	EV16	EV17	EV18	EV19	EV20	EV21	EV22	EV23	EV24	EV25	
1	50	81	0.713579427	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	3	4	2	3	2	4	4	4	2	4	4	4	4	1	1	
2	44	78	0.713579427	4	2	3	2	2	2	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	2	4	4	4	2	1	
3	38	80	0.713579427	4	4	4	4	3	2	2	2	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4	3	1	
4	36	79	0.713579427	4	4	4	2	4	2	4	4	2	2	4	3	4	4	2	4	4	4	2	3	2	4	4	2	1	
5	28	30	0.713579427	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
7	34	36	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	
8	30	34	0.713579427	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
9	29	25	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	31	26	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
11	37	28	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	
21	31	30	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
22	34	30	0.713579427	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	
25	32	31	0.713579427	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	
26	36	76	0.713579427	4	2	3	4	4	4	2	4	3	2	2	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	4	4	2	2	
27	30	32	0.713579427	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	
30	71	89	0.713579427	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	
33	36	76	0.713579427	3	3	1	4	4	2	3	3	4	2	3	3	3	4	4	4	3	3	3	2	3	4	2	4	2	
34	56	56	0.713579427	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	2	3	3	2	2	2	1	2	2	1	
35	33	31	0.713579427	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	
36	30	33	0.713579427	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	
37	67	92	0.713579427	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	
38	31	30	0.713579427	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	
39	33	33	0.713579427	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1
40	70	52	0.713579427	1	2	2	1	3	2	2	3	3	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	
6	63	92	0.713579427	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	
12	31	35	0.713579427	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	
13	35	31	0.713579427	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	36	33	0.713579427	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	
15	64	91	0.713579427	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	
17	55	50	0.713579427	1	2	2	1	2	1	1	1	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	1	1	1	3	3	2	2	
18	34	28	0.713579427	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
19	28	33	0.713579427	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
20	67	91	0.713579427	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	
23	36	80	0.713579427	4	2	4	4	3	2	4	4	3	3	2	2	2	4	2	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	
24	34	32	0.713579427	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	
28	70	86	0.713579427	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	
29	31	31	0.713579427	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	
31	32	32	0.713579427	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	
32	58	52	0.713579427	2	2	3	2	3	2	1	3	1	3	1	2	1	1	3	3	2	3	2	3	1	1	3	3	1	
41	33	32	0.713579427	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	
42	69	89	0.713579427	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	
43	67	88	0.713579427	4	4	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	
44	33	28	0.713579427	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	
45	36	38	0.713579427	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	
16	69	51	0.713579427	3	3	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	3	3	2	2	2	3	1	2	3	2	2	
46	55	49	0.713579427	2	3	2	3	2	2	1	3	1	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	2	
47	37	37	0.713579427	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	
48	66	88	0.713579427	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	
49	38	83	0.713579427	3	4	4	4	4	2	3	3	3	4	3	2	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	2	3	4
50	40	77	0.713579427	3	3	2	2	3	3	3	2	4	2	4	4	4	4	3	2	4	4	3	2	4	4	2	2	4	

AUTOCUIDADO

CUESTAD	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5	AC6	AC7	AC8	AC9	AC10	AC11	AC12	AC13	AC14	AC15	AC16	AC17	AC18	AC19	AC20	AC21	AC22	AC23	AC24	AC25	AC26		
1	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	65	
2	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	69
3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	68
4	3	3	3	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	68
5	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	67
6	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	68
7	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	2	2	3	3	2	1	3	2	2	3	3	3	3	3	2	64
8	2	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	64
9	3	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	1	64
10	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	70
11	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	1	59
12	2	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	1	62
13	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	65
14	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	2	66
15	2	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	68
16	1	3	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	66
17	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	65
18	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	64
19	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	2	69
20	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1	62
21	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	1	2	1	3	3	3	2	3	3	3	2	64
22	3	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	2	3	3	3	2	63
23	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	2	65
24	3	3	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	67
25	3	3	2	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	66
26	1	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	64
27	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	70
28	3	3	2	1	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	64
29	3	3	2	1	3	2	2	1	2	3	3	2	2	3	3	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	61
30	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	65
31	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	66
32	2	3	2	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	65
33	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	69
34	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	66
35	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	67
36	1	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	65
37	3	3	2	1	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	67
38	3	3	2	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	67
39	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	67
40	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	68
41	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	2	2	2	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	65
42	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	69
43	3	3	3	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	66
44	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	2	68
45	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	65
46	3	3	2	1	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	2	3	1	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	63
47	3	2	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	64
48	3	3	2	2	3	3	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	63
49	3	3	2	1	3	3	3	1	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	65
50	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	68