

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**ESTILO DE VIDA Y FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA PERSONA  
ADULTA PREVIO DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2  
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2011**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Leydi Jeanne Gil Clares**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**ESTILO DE VIDA Y FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA  
PERSONA ADULTA PREVIO DIAGNOSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE TACNA 2011**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. LEYDI JEANNE GIL CLARES**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:

  
Dr. Claudio Ramirez Atencio  
Presidente

  
Dr. Julio Aguilar Vilca  
Jurado

  
Méd. Zulma Boluarte Silva  
Jurado

  
Dr. José Luis Pedro Gómez Molina  
Asesor

Registro N° \_\_\_\_\_ Escuela: MEDICINA HUMANA  
Sustentador: LEYDI JEANNE GIL CLARES  
Fecha de Sustentación: 09-03-2012  
Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 15  
Calificativo: \_\_\_\_\_  
Jurado: - Dr. Claudio Ramirez Atencio - PRESIDENTE  
- Méd. Zulma Beluorte Silva - MIEMBRO  
- Dr. Julio Aguilar Vilca - MIEMBRO  
Observaciones: \_\_\_\_\_



M. Dayi  
Secretario Académico  
Administrativo

## **DEDICATORIA**

A Dios quien guió mi camino, especialmente a mi madre quien siempre me apoyo incondicionalmente y a mis hermanos quienes me brindaron su comprensión y apoyo en todo el transcurso de mi carrera y de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestros, por sus ganas de enseñar, supieron inculcar en mí el deseo de ser mejor cada día.

A mis buenas amigas, que muchas veces me ayudaron incondicionalmente.

A mi madre quien a lo largo de toda mi vida ha apoyado y motivado mi formación académica.

A mi asesor por su disponibilidad.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Justificación e importancia del estudio	8
1.4. Objetivos de investigación	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos	12

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

2.1. Fundamentación	13
2.2. Antecedentes	37
2.3. Hipótesis	47

**CAPITULO III**  
**MODELO METODOLÓGICO**

3.1. Diseño de la investigación	48
3.2. Universo o población	48
3.3. Unidad de análisis	48
3.4. Definición y operacionalización de las variables	49
3.4.1. Variable independiente: estilos de vida	49
3.4.2 Variable dependiente: factores Biosocioculturales	50
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	58
3.7. Plan de análisis	59

## **CAPITULO IV**

Resultados de la Investigación	60
--------------------------------	----

## **CAPITULO V**

Discusión	86
-----------	----

CONCLUSIONES	107
--------------	-----

RECOMENDACIONES	108
-----------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
----------------------------	-----

ANEXOS	122
--------	-----

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es corte transversal, descriptivo y observacional. Se realizó con el objetivo de determinar el estilo de vida y su relación con los factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011.

La muestra estuvo conformada por 109 personas adultas, se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: La escala de estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales. Se llegó a las siguientes conclusiones: casi todas las personas presentan un estilo de vida no saludable. En relación al factor biológico predomina el adulto entre 50 a 59 años, y el sexo femenino. En el factor cultural la mayoría presentan secundaria completa y profesan la religión católica. En relación al factor social la mayoría son casados, ocupación ama de casa y comerciante; y tienen un ingreso económico menor que 100 nuevos soles. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales, al aplicar la prueba de independencia de criterios chi cuadrado con  $p > 0,05$ .

**PALABRAS CLAVES:** Estilos de vida, Factores biosocioculturales y Diabetes Mellitus tipo 2.

## ABSTRACT

The present research is cross-sectional, descriptive and observational, Was carried out to determine the relationship between lifestyle factors and the adult biosocioculturales prior diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus in the Hipolito Unanue Hospital - Tacna 2011.

The sample consisted of 109 adults, using two different instruments for collecting data: The scale and lifestyle questionnaire biosocioculturales factors.

Conclusions: most of the people have an unhealthy lifestyle. In relation to the biological factor dominates the adult between 50 and 59, and sex femenino. In the cultural factor in most cases with complete secondary and profess the Catholic religion. In relation to the social factor most are married, occupation housewife and dealer; and have income below 100 nuevos soles. No statistically significant relationship between lifestyle and biosocioculturales factors, in applying the test of independence of criteria chi square  $p > 0,05$ .

**Keywords:** Lifestyle factors biosocioculturales, Type 2 Diabetes.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se fundamenta en bases conceptuales de estilo de vida y factores biosocioculturales de las personas adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que se enfrentan a una problemática cada vez más creciente dentro de la sociedad.

El estilo de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud y que contribuyen a la vez a las complicaciones de la misma enfermedad.(1) El comportamiento influye en los riesgos de enfermar y también en las posibilidades de sanar, por que la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferman debe procurar asistencia y si la enfermedad es larga deben continuar el tratamiento.(1)

En cuanto a los factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, para el presente estudio se han considerado: la edad, sexo, antecedente familiar de Diabetes Mellitus, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación, ingreso económico.

El trabajo de investigación contiene hallazgos importantes y valiosos que contribuirán para las personas a quienes hemos dirigido este trabajo.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La preservación de la salud física y mental constituye una responsabilidad individual, con independencia de las acciones dirigidas a su conservación en el ciudadano y representa un deber cívico para evitar añadir una carga económica o sentimental, a corto o lejano plazo, a la familia o a la propia sociedad dando la posibilidad de alcanzar una vejez sana, portadora de ricas y ejemplarizantes experiencias para los más jóvenes; tal legado es un estilo de vida.

El estilo de vida puede ser entendido como los hábitos de vida, la forma de vida conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud.(2)

La salud de las personas adultas se asocia a estilos de vida, debido a que el estilo de vida procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida pocos saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de enfermedades. (3)

El problema de salud en las personas es un asunto que debe tomarse en cuenta desde la promoción y la prevención de la salud. Más aún si se considera el bajo acceso a los servicios de salud, programas especializados, el alto costo de los tratamientos que pueden ser prevenibles. (3)

En los países subdesarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de enfermedades. El estilo de vida que tiene la persona en sus años previos si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos tendrá problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud. (2)

La Diabetes mellitus es una enfermedad de prevalencia creciente que genera complicaciones de carácter invalidante, con alta tasas de morbi-mortalidad. Es una enfermedad crónica no curable pero si

controlable, considerada actualmente como un problema de Salud Pública. La Diabetes tipo 2 constituye el 90 a 95 % de todos los casos, y la Diabetes tipo 1 representa el restante 5 a 10 %. (4)

La Federación Internacional de Diabetes (FID) calcula que hay 4,6 millones de fallecimientos cada año atribuibles a la diabetes y, en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido ni tan siquiera diagnosticados. La diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humanos. De no emprenderse ninguna acción, se prevé que el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones de 2011 hasta 552 millones en 2030, o un adulto de cada diez. (5)

Se estima que en América el número de personas con diabetes casi se duplicara, pasando de 35 millones en el 2000 a 64 millones en el 2025. En menos de 20 años, una de cada 10 personas en el hemisferio Oeste tendrá diabetes. (3) Latino-América (LA) presenta una elevada prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esta prevalencia se ha incrementado acorde con el patrón epidemiológico mundial; sin embargo, es particularmente elevada

en LA por las características genéticas de la población, hábitos de alimentación inadecuados y el sedentarismo, que vinculados al síndrome metabólico, han encontrado un ambiente favorable para su expresión con nuestro estilo de vida actual. (6)

En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados. Se menciona que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. (7)

El perfil de mortalidad se ha modificado sustancialmente. La diabetes mellitus ha subido de ubicación de manera notable, en el año 1987 ocupaba la posición 20, en el 2007 subió al doceavo lugar. (8)

Según la Dirección regional de salud TACNA, la oficina de la estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles, informan que el porcentaje de adultos y adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus en el año 2010 es del 1%, además en el año 2011 según el informe del tercer

trimestre (enero a setiembre) presenta 1,41% de Diabetes mellitus, así como también informan que el porcentaje de casos nuevos de diabetes mellitus por sexo del tercer trimestre 2011 predomina el sexo femenino con un 68% y 32% de sexo masculino. Además el porcentaje de diabetes mellitus por etapas de vida predomina la etapa vida adulta con un 54%. (9)

Cada vez se diagnostica más diabetes mellitus, lamentablemente en estadios avanzados de complicaciones tardías y es un reto el diagnóstico temprano de esta enfermedad así como encontrar los factores de riesgos asociados presentes en la comunidad a fin de proponer una estrategia preventiva de la enfermedad.(8). Prevenir la diabetes implica conocer las causas que facilitan su desarrollo y poder modificarlas. (10)

Medidas relacionadas con los estilos de vida han demostrado ser efectivas en la prevención de la aparición de la diabetes tipo 2 y con un buen manejo, muchas de las complicaciones se pueden prevenir o retrasar. (4)

El estilo de vida que lleve una persona tiene un fuerte impacto en el riesgo de desarrollar diabetes. Factores de riesgos típicos

asociados a la enfermedad como la obesidad, el sedentarismo, y el consumo de tabaco y alcohol, aumentan la prevalencia y las complicaciones. (11)

Para disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedad prevenibles es necesario identificar las circunstancias que favorecen el desarrollo y la aceleración de la enfermedad. Siendo importante en el intento por controlar este problema, valorar la presencia de riesgos modificables o controlables para luego actuar con ellos, considerando ajustes de los estilos de vida de las personas. (3)

Muchos de estos estilos de vida incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis. (12)

Las personas pueden presentar factores de riesgo sin manifestaciones clínicas por lo que se hace necesario detectarlas

de manera oportuna ya que siendo modificables conocidos los resultados de la investigación se puede desarrollar programas de prevención para disminuir su frecuencia y mejorar el estilo de vida de las personas. (13)

Frente a lo expuesto considero pertinente la realización de la presente investigación el siguiente problema.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

**¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA PERSONA ADULTA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA 2011?**

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las enfermedades crónicas son resultado de factores tanto genéticos como ambientales, su creciente incidencia en décadas recientes está claramente relacionada con cambios en los estilos de vida. Lo que estamos presenciando es el resultado de cambios en los estilos de vida, con personas alejándose de dietas tradicionales y realizando menos actividad física. (2)

La Diabetes Mellitus, constituyen un importante problema para la Salud Pública por lo que es necesario definir políticas y estrategias que permitan disminuir su impacto negativo tanto a nivel económico como social. Para ello se privilegian las acciones tendientes a promocionar la salud, prevenir la aparición de patologías, optimizar la recuperación y rehabilitación. (4)

Es un hecho demostrado que para prevenir cualquier enfermedad es indispensable conocer los mecanismos fisiopatológicos que la generan. Actualmente, en la DM2 se ha logrado un progreso sustancial en el conocimiento de los mecanismos que la producen, así como los factores de riesgo que hacen posible su aparición.

En los últimos años, diversos estudios han demostrado un éxito relativo en prevenir o retardar la aparición de DM2, tanto con cambios de estilo de vida como con intervenciones farmacológicas. La prevención de DM2 es un tema aún no resuelto y múltiples autores están desarrollando investigaciones que intentan solucionar este importante problema de salud pública.(13). Prevenir la diabetes implica conocer las causas que facilitan su desarrollo y poder modificarlas. (10)

El presente estudio nos va a dar una visión de cómo estamos y que la clave está en la prevención y en crear conciencia; en simples cambios para mejorar la nutrición e incrementar la actividad física. Debemos empezar con que trabajen en prevención como en no subir de peso, en no fumar, en empezar a moverse, en evitar caídas, entre otros.

Esta investigación es necesaria para el Hospital Hipólito Unanue porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a implementar un programa preventivo - promocional de la salud del adulto y reducir los factores de riesgo así como mejorar el estilo de vida de las personas. El conocimiento de dichos factores

biosocioculturales permitirá desarrollar actividades preventivas, promotoras y políticas de salud a fin de modificarlos en la población y de ese modo disminuir las tasas de la enfermedad y de sus complicaciones.

Además los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus factores de riesgo y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que el conocer el estilo de vida de las personas adulta se podrá disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

#### **1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:**

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

Establecer la relación entre el Estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011.

#### **1.4.2. Objetivos Especificos:**

1. Determinar el estilo de vida: la alimentación, la actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011.
2. Identificar los factores biosocioculturales; edad, sexo, antecedente familiar de Diabetes Mellitus tipo 2, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011.
3. Determinar la relación entre el Estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2011.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. FUNDAMENTACIÓN**

El presente proyecto de investigación se fundamenta en las bases conceptuales estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona previo al diagnóstico de DIABETES MELLITUS.

#### **DIABETES MELLITUS:**

Es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de etiología múltiple, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a una deficiencia en la producción o acción de la insulina, propiciando alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, que puede favorecer la aparición de complicaciones agudas (cetoacidosis, hiperosmolaridad) y crónicas (micro y

macroangiopatía: ocular, renal, nerviosa, dermatológica, cardiovascular). (14)

La clasificación actual de la diabetes mellitus incluye los siguientes tipos:

**1. Diabetes mellitus tipo 1 (DM tipo 1):** Es el resultado de la destrucción de las células beta pancreática, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Representa solamente el 5-10% de todos los pacientes con diabetes. Suele aparecer en la infancia o juventud, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida y presenta anticuerpos, (IAA, IA2, DAD), por lo que se considera una enfermedad autoinmune. Al comienzo suele presentar los síntomas clásicos de la diabetes, poliuria, polidipsia, pérdida de peso, cetonemia, etc., siendo necesario para su tratamiento el uso de insulina desde su inicio.

**2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2):** Representa el 90-95% de todos los casos de diabetes. Se caracteriza por una insuficiencia relativa, más que absoluta, de insulina y una resistencia a su acción. Suele aparecer en la vida adulta, por

encima de los 40 años y no necesita siempre tratamiento con insulina.

El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física, siendo más frecuente en obesos, hipertensos y dislipémicos. Puede tardarse años en reconocerla pues la hiperglucemia se desarrolla lentamente y en las fases tempranas, a menudo, no es tan severa como para que el paciente advierta alguno de los síntomas clásicos de la diabetes.

**3. Diabetes mellitus gestacional (DMG):** Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o reconocimiento inicial durante el embarazo, independientemente de que se instaure tratamiento con dieta o con insulina, ya que los antidiabéticos orales están contraindicados. Afecta al 4-6% de las mujeres gestantes.

**4. Otros tipos:** diabetes secundaria y alteraciones genéticas. Se ha reconocido un grupo intermedio de sujetos cuyos niveles de glucosa, aunque no cumplen los criterios de diabetes, son demasiado elevados para ser considerados normales. Incluirían la alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) y la

alteración de la glucosa en ayunas (AGA). De estos pacientes se puede decir que tienen “Pre-diabetes”, lo que indica un riesgo relativamente elevado para desarrollar diabetes. (15)

La DM es una de las enfermedades crónico-degenerativas que por sus características propias se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para que la población pueda tener una mejor calidad de vida. Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas. (16)

La diabetes es la causa más importante de ceguera, insuficiencia renal terminal y de amputación no traumática en muchos países occidentales. Además, la DM2 supone un incremento de 2-4 veces en el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (ECV), accidente vasculocerebral y enfermedad vascular periférica. Por todo ello, la prevención de la DM2 supone en la actualidad uno de los retos sanitarios más relevantes. (17)

Los factores de riesgo para Diabetes mellitus tipo 2; no modificables son la edad de 40 años a más, antecedentes de familiar de DM tipo 2, etnia predisponente (indios americanos, afroamericanos, hispanos, asiáticos del pacífico sur), historia de Diabetes gestacional o hijos recién nacido con macrosomía. Dentro de los factores de riesgo modificables (tratables) tenemos: Índice de masa corporal igual o mayor de 25 kg/m<sup>2</sup>, sedentarismo, intolerancia a la glucosa o glicemia alterada en ayuna, hipertensión arterial, dislipidemia, acantosis Nígricans, Apnea Obstructiva del sueño, estrés psicosocial/ presencia episodios depresivos y esquizofrenia. (18). Se estima que aproximadamente el 50% de dichos factores son de origen genético y la otra mitad, ambientales.(19)

Esto permite pensar que se puede intervenir la aparición de la DM2 corrigiendo anticipadamente los factores modificables y esperando resultados favorables como la postergación o reversión de ella en algunos casos. Existen varias revisiones acerca del tema que resumen un conocimiento consolidado de la prevención de DM2 desde varios años a la fecha, sin embargo no se ha logrado transformar la información de las diferentes experiencias tabuladas

en una tendencia favorable que confirmen su utilidad en el mundo real.(18)

La utilización de una dieta baja en calorías y en grasas saturadas (<10% del total de calorías) es la más conveniente para la prevención de la DM2. Al contrario que las grasas monoinsaturadas, el consumo de grasas saturadas se ha asociado con el desarrollo de la resistencia insulínica y DM2. Por ello, las recomendaciones dietéticas actuales aconsejan un incremento del consumo de los carbohidratos complejos, grasas monoinsaturadas y de fibra. Estas mismas recomendaciones son coincidentes con las propuestas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y, por tanto, doblemente beneficiosas. (17)

El sedentarismo es otro importante factor de riesgo para el desarrollo de DM2. El ejercicio reduce la resistencia insulínica, disminuye los niveles de insulinemia y mejora la tolerancia a la glucosa. Además, el ejercicio ejerce un efecto beneficioso adicional disminuyendo los factores de riesgo de ECV. En diferentes estudios de intervención con ejercicio se ha demostrado hasta un 50% de reducción en la aparición de DM2 en 6 años en personas

con IG. Un programa de ejercicio debe comenzar gradualmente con supervisión inicial, si es posible, y debe realizarse 3-5 veces a la semana. Las actividades deben ser aeróbicas (deambulaci3n r1pida, ciclismo, nataci3n...) y adaptadas a las preferencias, condiciones y preparaci3n de cada individuo. Cada sesi3n debe durar 30-40 minutos y debe suponer un gasto de 1.000-1.500 kcal. Alg3n autor ha propuesto que cada 500 kcal/semana de gasto energ3tico adicional se reduce el riesgo de DM2 en un 6%, independientemente de la obesidad, tensi3n arterial o historia familiar de DM2.(17) Como la mayor3a de los pacientes que se benefician del ejercicio padecen obesidad y tienen m3ltiples factores de riesgo de ECV, una valoraci3n previa de su estado cardiovascular, incluido un EKG, es muy recomendable. (17)

La recomendaci3n espec3fica para la ingesta de alcohol es de m1ximo 2 bebidas para hombres y una bebida para mujeres por d3a. Entendi3ndose por una bebida la cantidad equivalente a 45cc (3 onzas) de tragos destilados, 150cc (5 onzas) de vino o 360cc (12 onzas) de cerveza. El consumo moderado ha sido relacionado con la mejor3a en la sensibilidad a la insulina y presumiblemente en prevenci3n de DM2, sin embargo los datos son inconsistentes. (17)

A pesar de que la influencia de la carga genética en el desarrollo de la enfermedad está comprobado, la prevención o retardo en el desarrollo de la DM2, entre los individuos portadores de factores de riesgo, posee un impacto relevante en la calidad de vida de la población, con la consecuente reducción de los costos de la salud pública causados por las complicaciones provenientes de la evolución de la enfermedad. (20)

En este sentido, algunos estudios han demostrado que el control de peso, de la dieta y el aumento de la actividad física disminuyen la resistencia a la insulina, disminuyendo así, por consiguiente, las oportunidades de desarrollar la DM2. Además de eso, datos de la OPS demostraron ser esta, una medida más eficiente que la utilización de medicamentos en la prevención primaria de la DM2.(20)

Por lo tanto, la reducción de factores de riesgo modificables como el peso, consumo alimentario y la práctica de actividad física mostró un potencial significativo en la reducción del riesgo de desarrollar la DM2, inclusive en individuos con historia familiar de esta enfermedad. (20)

Reducir el impacto de la DM2 significa reducir la incidencia de la enfermedad, anticipándose a su aparición con medidas preventivas. (20)

### **ESTILO DE VIDA:**

Según Lalonde, los estilos de vida serían la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinadas por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que la rodea, dando lugar a estilos de vida más o menos saludables.(21)

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, etc, y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas.(1)

Según Bibeaw y Col. en Maya, L. (23). Refieren que desde una perspectiva integral, es necesario considerar el estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivencia, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipos de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas y comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenece y deben de ser acorde a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar. (1)

Los estilos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se define como estilo de vida saludable. (1)

Según Maya, L. (23) los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y /o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En epidemiología el estilo de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras nocivas para la salud; pues son

causantes de enfermedades entre las más importantes que afectan la salud encontramos: consumo de sustancias tóxicas (hoja de coca, alcohol), estrés, dieta, manipulación de los alimentos y relaciones interpersonales. (1)

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. (1)

El estilo de vida es el conjunto de patrones de conductas escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas de acuerdo a su circunstancia socioeconómica y a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones. Considerando los siguientes aspectos: consumo de hoja de coca, consumo de alcohol, actividad física, mal hábito alimenticio y tratamiento farmacológico. (1)

## **COMPORTAMIENTO:**

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. La manera como la gente se comporte determinara el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que esta se produzca. (1)

El comportamiento influye en los riesgos de enfermarse y también en las posibilidades de sanar, por que la conducta de una persona determina que se exponga a agentes causantes de enfermedades y luego si se enferman debe procurar asistencia y si la enfermedad es larga deben continuar el tratamiento. (1)

Las conductas de salud son conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud

contempla esfuerzos en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. (23)

Las conductas de salud no ocurren en un vacío. Para comprender las mismas uno debe analizar los contextos en que tienen lugar. Estos contextos comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales. (23)

Estas dimensiones o factores no son homogéneos para todas las conductas de salud. Por ello, no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo convivan al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos. (23)

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que la implicación con la salud viene propiciada en gran parte por factores sociales y demográficos. Incluyen factores tales como más o menos edad, mayor o menor nivel educacional, ser de clase social alta o baja, ser mujer u hombre, etc. Las situaciones sociales, también

conocidas como determinantes situacionales, influyen, de modo directo o indirectamente, en que un individuo adopte una conducta saludable. Que duda cabe, que la familia y el grupo de los iguales pueden jugar un papel relevante en los hábitos saludables que pueda adoptar una persona. Por ejemplo, el que fume uno de los padres ha sido encontrado en numerosos estudios como factor de riesgo para que el adolescente se inicie en dicha conducta. Así mismo, la mayoría de los estudios han demostrado una clara relación entre el inicio del consumo y el relacionarse con compañeros fumadores. (23)

El repertorio de conductas saludables de una persona también son función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos). Los estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Niveles altos de estrés emocional no ayudan a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. Los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, aunque el estrés emocional puede también conducir a uno a buscar atención médica. (23)

Además de los factores emocionales, la práctica de conductas de salud obedece a los pensamientos y las creencias de las personas. Entendemos por creencia la aceptación emocional de una afirmación, aceptación que no tiene por qué tener una base empírica o científica. Por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué ir a la par con la comprensión médica objetiva de la misma.

En esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefieran llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. (23)

**Los estilo de vida consideradas para la presenta investigación son las siguientes:** alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización, y responsabilidad en salud.

**Alimentación:** El organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida (24) .Es la forma de proporcionar al cuerpo humano las sustancias contenidas en los alimentos. Son indispensables para mantener la salud. Se trata de un proceso voluntario y consciente y, por tanto, educable. Alimentación saludable o equilibrada es aquella que hace posible al individuo el mantenimiento de un óptimo estado de salud, a la vez que le permite el ejercicio de las actividades normales del trabajo y de la vida diaria.(25)

**Actividad y Ejercicio:** Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto. (26)

**Actividad física.** Se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que

origine un consumo de energía. Está presente en todo lo que una persona hace, salvo dormir o reposar. (25)

**Ejercicio físico.** Es una subcategoría de la actividad física, que al ser planificada, estructurada y repetitiva, mantiene o mejora las funciones del organismo y la forma física. (25)

**Manejo del estrés:** El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés. (27)

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente.

En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. (27)

El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control. (27)

**Apoyo interpersonal:** Considera al adulto como ser eminentemente social, para lo cual el requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno. (28)

Hombres y mujeres se benefician por igual de participar en actividades sociales a todas las edades. Aquellos que continúan interactuando con otros tienen a ser más saludables, tanto física como mentalmente, que aquellos que se mantienen aislados socialmente. La interacción con amigos y familia provee apoyo práctico y emocional al adulto el cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud. (29)

**Autorrealización:** Tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto, alcanzando la superación y a la autorrealización. (30)

Así, si el hombre o mujer logra su desarrollo armónico en las distintas etapas del ciclo vital alcanzando la confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad, intimidad, generatividad, propia de cada uno en el transcurso del tiempo podrá tener una vida interior plena que le permita alcanzar su propia "interioridad". (31)

**Responsabilidad en salud:** La responsabilidad en salud del adulto implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud. (32)

**En cuanto a los factores biosocioculturales de la persona para el presente estudio se han considerado:** La edad, sexo, antecedente familiar de diabetes mellitus, grado de instrucción, ocupación, ingreso económico, y la religión.

Ciertos factores tienen influencia indirecta sobre las conductas de salud, a través de los factores cognitivo-perceptual. Estos factores pueden ser: Factores demográficos: se proponen que tanto la edad; sexo, raza étnica, educación procedencia e ingreso económicos tienen influencia indirecta a través de su impacto en el establecimiento de conductas de salud. (33)

**Características biológicas:** Un número de factores biológicos han sido encontradas y catalogados como importantes influencias en el establecimiento de conductas promotoras de salud. Influencias interpersonales: Estos elementos están considerados como factores que pueden hacer variar las conductas promotoras de salud, considerándose dentro de ellos los siguientes: Expectativas de las personas significativas, los patrones familiares de atención a la salud y las interacciones con los profesionales de salud. (33)

**Los factores circunstanciales o ambientales:** La importancia de las circunstancias o medio ambiente son determinantes de la conducta de promoción de la salud. (34)

En relación al factor económico la pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya que ella puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permitan adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente, la pobreza existe donde quiera que haya personas extremadamente pobres o gravemente desfavorecidas; tanto en los países pobres como en los ricos. El problema de muchos hogares pobres es que la mayor parte o totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza par cubrir sus necesidades en circunstancias normales. (35)

Según Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2001 menciona: el factor socio cultural, influyen factores sociales relacionados con la inversión, en educación y formación laboral y con la eficiencia y cuantía del gasto social. Cabe considerar así mismo determinantes demográficos y culturales, en que la situación de pobreza esta condicionada por el número de dependientes en un hogar, las tasas de fecundidad, de embarazo en adolescente y

mayores de 35 años y entre muchos otros, Se estima que los ingresos del hogar están determinados en un 20% en promedio por los ingresos de trabajo; ingreso propio del autoconsumo de sus siembras 80%. (36)

La **edad** es definida como el tiempo que ha vivido un ser vivo, desde su creación hasta la actualidad. (37)

El **sexo** esté determinado por las características genéticas, hormonales fisiológicas y funcionales que a los seres humanos nos diferencian biológicamente. (38)

El **grado de instrucción** considerada como el último año escolar cursado por la persona donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimientos. (39)

La **religión** es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y practicas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. (40)

El **estado civil** es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre lo que se incluye el

estado civil. A este registro se le denomina Registro Civil. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles mas habitual es la siguiente: soltera(a), casado(a), conviviente, divorciado (a), viudo(a). Del mismo modo en determinados países se contemplan distintas formas de matrimonio, tales como el matrimonio homosexual o la poligamia, lo que lleva a distintos matices del estado civil. (41)

**Ocupación** es definida como la facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. (42)

El **ingreso económico**, es definida como la conceptualización como el ingreso que se percibe en forma de dinero. (43)

El envejecimiento poblacional y las alteraciones del estilo de vida son apuntados como los principales determinantes del acentuado incremento de la frecuencia de la DM2, en los últimos años.(18)

Evidencias sobre las alteraciones en el estilo de vida, como alimentación no saludable y la falta de actividades físicas regulares, han sido apuntados como responsables por la presencia creciente de la DM2 en el mundo.(20)

La diabetes mellitus tipo 2 es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. Algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y un mal control de la enfermedad.

Cabe resaltar aquí lo indicado por Roale, quien enuncia que el estilo de vida es el culpable del deterioro de la salud y de las muertes prematuras, de modo que, si se quiere conseguir una humanidad más sana, las personas tendrían que cambiar y vivir de manera distinta para poder seguir vivas muchos años y reducir la morbilidad de enfermedades costosísimas en términos monetarios y de impacto en la persona. (44)

## **2.2. ANTECEDENTES**

### **A nivel Mundial:**

Maya, L (22) investigó **Los estilos de vida saludables: Componentes de la Calidad de vida, realizado en Colombia en el 2006**. Definido como los procesos sociales, tradicionales, los

hábitos, las conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Así mismo concluyó que los estilos de vida son determinantes de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social

Cid, P; Merino, J; Stiepovich, J (45) **Chile en el 2006. Estudiaron, "Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud"** de las personas que residen en el sector Barrio Norte Concepción e identificar algunas orientaciones culturales que resultan predictoras de este estilo de vida, para desarrollar estrategias dirigidas a provocar en los sujetos las motivaciones necesarias para integrar conductas positivas a sus estilos de vida. La muestra estuvo conformada por 360 sujetos de ambos sexos de 15 a 64 años. Conclusiones: El 52.5 % de la muestra tiene un estilo de vida saludable, las variables sexo, edad, ocupación y acceso al cuidado de salud, autoestima, y estado de

salud percibido y auto eficacia percibida tiene un efecto significativo sobre el estilo de vida promotor de salud.

Regla Carolino, Molen-Fernández y otros (20), Estudian **Factores De Riesgo En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2, realizado en Brasil, 2008**. El objetivo de este estudio fue verificar los factores de riesgo de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, por medio del levantamiento de datos sociodemográficos, hábitos de salud, perfil antropométrico y bioquímico, de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Maringá, Paraná. Fueron entrevistados y evaluados 66 pacientes con más de 50 años; 56 eran del sexo femenino. Se verificó una elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes investigados: sobrepeso y obesidad, hipertensión, dislipidemia, sedentarismo y dieta no saludable. Los resultados indican la necesidad de la implantación de programas de intervención multidisciplinarios en unidades básicas de la salud asociada a prácticas educativas, estimulando la adopción de una dieta saludable y la práctica de actividad física regular para estos pacientes.

**El Estudio del Programa de Prevención de la Diabetes (DPP) realizado por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos – 2002**, que ha sido uno de los mayores estudios diseñados para demostrar la efectividad de la intervención del estilo de vida con dieta y ejercicio y disminuir la incidencia de DM2. La cohorte de 3.234 pacientes caracterizados por un test de tolerancia a glucosa alterado, IMC promedio de 34 Kg./m<sup>2</sup> con al menos 45% de grupos étnicos minoritarios de alto riesgo de diabetes, fue evolucionada un tiempo promedio de 2,8 años. Se utilizó educación para una dieta saludable y actividad física de mediana intensidad realizada por tiempos mínimos de 150 minutos semanales. El objetivo propuesto fue la pérdida de al menos el 7% de peso corporal basal. Los resultados publicados el año 2002 demostraron una reducción del 58% en el avance de intolerancia a glucosa a DM2. Al mismo tiempo un subgrupo fue intervenido con la adición del fármaco metformina en dosis de 850 mgs por dos veces al día, lográndose una reducción del 31% del riesgo en relación a un grupo tratado con placebo. Así se confirma un importante rol de la baja de peso en disminuir la progresión desde intolerancia a la glucosa a DM2, calculándose una reducción de riesgo de 16% por cada Kg. de peso corporal perdido. El beneficio también fue

compartido por pacientes del grupo intervenido que no lograron alcanzar el objetivo de bajar el 7% del peso corporal, quienes redujeron su riesgo de progresión a DM2 en 44% comparados con placebo. Al término de este estudio se realizó una segunda fase optativa, DPP Outcome Study (DPPOS), en la que se educó a todos los participantes para un cambio de estilo de vida intensivo. Esta fase prolongó el tiempo de observación un promedio de 6,8 años con el objetivo principal de determinar si la prevención de la DM2 era sostenible en el tiempo. (18)

**Durante Programa de Prevención de la Diabetes outcome study (DPPOS), Estados Unidos - 2009**, la incidencia de diabetes en los antiguos grupos con metformina y con placebo igualaron a las del grupo intervenido en la primera parte (DPPP), pero la incidencia acumulada fue siempre a favor del grupo primeramente intervenido (reducción de 34% del riesgo en comparación con placebo). Se demostró así que la prevención o retardo de la diabetes que se logra a través del cambio de estilo de vida y puede persistir durante al menos 10 años. (18)

**El estudio chino Da Qing, publicó sus resultados en el año 1997.** Incorporó 577 pacientes con una media de IMC de 26 Kg./m<sup>2</sup> y con test de tolerancia a la glucosa alterado. La cohorte fue estudiada por un periodo de 6 años y se demostró una reducción de 47% en la incidencia de diabetes en un subgrupo sometido a ejercicio físico (20 minutos diarios) y de 33% en aquellos con dieta restringida en alcohol y carbohidratos simples y ricas en fibras con la finalidad de alcanzar un IMC de 23 Kg./m<sup>2</sup>. Un análisis tardío, publicado 20 años después (20) (2008), demostró que aproximadamente un 80% de los pacientes intervenidos habían progresado a DM2, cifra siempre menor que el 90% de aquellos que fueron el grupo control. (18)

**Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)-2001.** Estudio de seguimiento e intervención, con un promedio de 3,2 años de duración, realizado por el programa de prevención de la diabetes de Finlandia, sobre una cohorte de 522 pacientes de alto riesgo para DM2 (sujetos de mediana edad, promedio IMC 31 Kg./m<sup>2</sup> y con ITG) incluían recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico (30 minutos diarios de actividad aeróbica o de resistencia) para

lograr un objetivo de pérdida del 5% peso del peso corporal total.(18)

Sus resultados publicados en el año 2001 demostraron que se pueden prevenir la DM2 con cambios de estilo de vida intensivo. El riesgo de avanzar a DM2 se redujo en un 58% en el grupo intervenido. La incidencia acumulada fue de 11% en el grupo de intervención frente a un 23% en el grupo de control. Un nuevo análisis realizado a esa cohorte luego de tres años del término del estudio demostró que se mantenía en un 36% de reducción de riesgo frente al grupo que fue control. (18)

#### **A nivel Nacional:**

Pérez, C y Bustamante, S(46) en Perú en un estudio descriptivo correlacional realizado en 131 mujeres adultas docentes del sector primario estatal. Trujillo, Julio 1995 a Agosto 1996. Entre sus conclusiones más importantes relacionados con la variable de estudio **Estilo de vida Promotor de salud**, afirman que las mujeres adultas educadoras en forma mayoritaria presentan: Estilo de vida promotor de salud y ajuste social altos. Los indicadores más frecuentes en las dimensiones de estilo de vida promotor de salud son control de pulso, práctica de ejercicio por lo menos hora

diaria en la dimensión de ejercicio y asistencia a programa educativo sobre el cuidado personal en la dimensión de ejercicio y asistencia a programa educativo sobre el cuidado personal en la dimensión de la responsabilidad en salud.

Castillo Gutiérrez, Carito Adela (47) estudio **“Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Centro Poblado Villa María-Sullana, 2010”**. Concluyeron que la mayoría de las personas adultas presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo estilo de vida saludable. En relación a los factores biosocioculturales un poco más de la mitad son adultos maduros, casados y con ingreso económico de 100 a 1000 nuevos soles. La mayoría son de sexo femenino, con grado de instrucción secundaria y superior, de religión católica; un poco menos de la mitad son de ocupación empleados y amas de casa. Existe relación significativa entre los factores socioculturales: grado de instrucción, ocupación e ingreso económico con el estilo de vida de la persona adulta. No existe relación estadística significativa entre los factores biosocioculturales: edad, sexo, religión y estado civil con el estilo de vida de la persona adulta al aplicar la prueba de Chi cuadrado.

### **A nivel Local:**

Matilde Fernandez Ochoa: (48) estudio **“Estilo de vida y Factores Biosocioculturales de la persona Adulta de la Asociación los Procederes, Tacna, 2010”**. Concluyeron el mayor porcentaje de adultos presenta un estilo de vida no saludable, siendo en menor porcentaje los que presentan un estilo de vida saludable. En relación a los factores Biosocioculturales, mas de la mitad tienen edad adulto joven, sexo femenino, ingreso económico desde 101 a 500 nuevos soles; menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa, estado civil casado, ocupación ama de casa y la mayoría profesan la religión católica. Existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales: estado civil e ingreso económico con el estilo de vida, al aplicar el chi cuadrado con una confiabilidad de 95% y significancia de  $p < 0,05$ . No existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales: edad, sexo, grado de instrucción religión y/o ocupación con el estilo de vida al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado.

María Salomé Aguilar Arocutipá: (49) **“Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta de la asociación Villa**

**Héroes del Cenepa. Tacna, 2010**". Según los resultados, más de la mitad presentan un estilo de vida no saludable y un menor porcentaje estilo de vida saludable. En relación a los factores biosocioculturales tenemos en edad que más de la mitad se encuentran en la etapa adulto maduro, sexo masculino, estado civil casado e ingreso económico de 101 a 599 nuevos soles; menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria incompleta y otras ocupaciones; en cuanto a religión la mayoría profesa la religión católica. Existe relación estadísticamente significativa, entre los factores biosocioculturales edad, ocupación, ingreso económico y grado de instrucción con el estilo de vida de la persona con un 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0,05$ . No existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales, sexo, religión y estado civil con el estilo de vida de la persona, aplicando chi cuadrado.

Fabiola Sadith Poma Oré: (50) **"Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta. Pachia. Tacna 2010"**.El mayor porcentaje de los adultos presentan un estilo de vida no saludable, siendo en menor porcentaje los que presentan un estilo de vida saludable. En relación a los factores

biosocioculturales tenemos que: menos de la mitad se encuentran en la etapa adulto joven; con grado de instrucción secundaria completa; de ocupación ama de casa; y más de la mitad son de sexo femenino; de estado civil casado; profesan la religión católica y finalmente tienen un ingreso económico menos de 100 nuevo soles. Existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, estado civil, religión e ingreso económico con el estilo de vida al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado. No existe relación estadísticamente significativa entre los factores biosocioculturales: sexo y ocupación con el estilo de vida al aplicar la prueba estadísticamente de chi cuadrado.

### **2.3. HIPOTESIS**

Existe relación entre estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue TACNA 2011.

## **CAPÍTULO III**

### **MODELO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es descriptivo, transversal y observacional.

#### **3.2. UNIVERSO O POBLACIÓN**

Está conformado por la población adulta con diagnóstico de **DIABETES MELLITUS TIPO 2** en el hospital Hipólito Unanue de Tacna – 2011, atendidas por **consulta externa de MEDICINA** con un número de 109 pacientes.

#### **3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La persona adulta con diagnóstico de **DIABETES MELLITUS TIPO 2** que responde a los instrumentos de la investigación.

### **3.3.1. Criterios de Inclusión**

- Persona adulta con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Persona adulta con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que acepta participar en el estudio.

### **3.3.2. Criterios de Exclusión**

- Persona adulta con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que tenga trastorno mental.
- Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1.

## **3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **3.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

#### **ESTILOS DE VIDA**

Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. (32)

### **Definición operacional**

Escala nominal

Estilo de vida saludable: 75-100 puntos

Estilos de vida no saludables: 25 -74 puntos

### **3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

#### **FACTORES BIOSOCIOCULTURALES**

Características o circunstancias detectables en la persona, que pueden ser no modificables. Los factores considerados son: edad, sexo, antecedente familiar de DM, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación, e ingreso económico.

Factores biosociocuturales que presentan la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes mellitus tipo2.

Variable independiente	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición	Categoría
ESCALA DE VIDA	Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad. (31)	<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comía Ud. Tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.</li> <li>2. Todos los días, Ud. Consumía alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales frutas, carnes, legumbres, cereales y granos.</li> <li>3. Consumía de 4 a 8 vasos de agua al día.</li> <li>4. Incluía entre comidas el consumo de frutas.</li> <li>5. Escogía comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.</li> <li>6. Leía ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	Saludable No saludable
		<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacía Ud. , ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.</li> <li>2. Diariamente Ud. Realizaba actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	

		<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usted identificaba las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.</li> <li>2. Expresaba sus sentimientos de tensión o preocupación.</li> <li>3. Ud. Planteaba alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.</li> <li>4. Realizaba alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	
		<b>APOYO INTERPERSONAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se relacionaba con los demás.</li> <li>2. Mantenía buenas relaciones interpersonales con los demás.</li> <li>3. Comentaba sus deseos e inquietudes con las demás personas.</li> <li>4. Cuando enfrentaba situaciones difíciles recibía apoyo de los demás.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	
		<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se encontraba satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.</li> <li>2. Se encontraba satisfecho con las actividades que realizaba.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	

			3. Realizaba actividades que fomenten su desarrollo personal.			
		<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acudía por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud.</li> <li>2. Cuando presentaba una molestia acudía al establecimiento de salud.</li> <li>3. Tomaba medicamentos solo prescritos por el médico.</li> <li>4. Tomaba en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.</li> <li>5. Participaba en actividades que fomenten su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.</li> <li>6. Consumía sustancias nocivas: cigarro, alcohol y /o drogas.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	

Variable Dependiente	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición	Categoría
<b>Factores biosocioculturales</b>	Características o circunstancias detectables en la persona, que pueden ser no modificables. Los factores considerados son: edad, sexo, antecedente familiar de DM, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación, e ingreso económico. Factores biosocioculturales que presentan la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes mellitus tipo2.	<b>BIOLÓGICAS</b>	<b>Edad :</b> Número de años de la persona previo al diagnóstico de Diabetes mellitus.	Cuantitativa	De razón	1. 30 a 39 años 2. 40 a 49 años 3. 50 a 59 años
			<b>Sexo :</b> Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres.(51)	Cualitativo	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
			<b>Antecedente familiar de DM:</b> Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes médicos familiares.	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No
		<b>CULTURALES</b>	<b>Religión</b> Es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. (51)	Cualitativo	Nominal	1. Católico 2. Evangélico 3. Adventista 4. Testigo de Jehová 5. Mormón 6. Otros
			<b>Grado de instrucción</b> Último año escolar cursado por la persona donde puede demostrar capacidades cognitivas, aptitudinales, procedimentales. (39)	Cualitativo	Nominal	1. Analfabeto 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria

						completa 6. Superior incompleta Superior completa
		<b>SOCIALES</b>	<b>Estado civil</b> Situación de las persona determinadas por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil. (53)	Cualitativa	Nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Viudo (a) 4. Conviviente 5. Separado
			<b>Ocupación</b> Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo. (54)	Cualitativo	Nominal	1. Obrero (a) 2. Empleado (a) 3. Agricultor 4. Ama de casa 5. Estudiante 6. Comerciante 7. Otros
			<b>Ingreso económico</b> Es la cantidad de dinero que una persona percibe mensualmente producto de su trabajo. (54)	Cuantitativo	Intervalo	1. Menor de 100 nuevos soles 2. De 100 a 500 nuevos soles 3. De 600 a 1,000 nuevos soles 4. Mayor de 1000 nuevos soles

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **Técnica**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación de los instrumentos.

#### **Instrumentos**

En el presente trabajo de investigación se utilizó 2 instrumentos para la recolección de datos que se detallan a continuación:

#### **Instrumento N° 1**

##### **Escala de estilo de vida**

Instrumento elaborado en base al Cuestionario de Estilo de vida Promotor de Salud Elaborado por Walker, Schirst y Pender, para poder medir el Estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. La encuesta esta en términos de pasado (Estilo de vida previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2)

**Está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera:**

Alimentación	: 1, 2, 3, 4, 5,6
Actividad y ejercicio	: 7,8
Manejo del estrés	: 9, 10, 11,12
Apoyo interpersonal	: 13, 14, 15, 16
Autorrealización	: 17, 18,19
Responsabilidad en salud	: 20, 21, 22, 23, 24,25

**Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación**

NUNCA N =1

AVECES V=2

FRECUENTEMENTE F=3

SIEMPRE S=4

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

S=1

Los puntajes obtenidos para la escala total resultaron del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala.

## **Instrumento N°2**

### **Instrumento semi estructurado sobre los factores biosocioculturales de la persona adulta**

Elaborado por la investigación del presente estudio y está constituido por 10 ítems distribuidos en 4 partes. La encuesta se realiza preguntando en términos de pasado (factores biosocioculturales previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2)

- Datos de identificación, donde se obtiene el nombre y la dirección de la persona entrevistada.
- Factores biológicos, donde se determina la edad, el sexo de la persona y antecedente familiar de Diabetes mellitus.
- Factores culturales, donde se determina el grado de Instrucción y la religión.
- Factores sociales, donde se determina el estado civil, la ocupación y el ingreso económico.

## **3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y se pidió consentimiento de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las personas adultas su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del cuestionario.
- Se procedió a aplicar los instrumentos a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de la escala y del cuestionario, para llevar a cabo las respectivas encuestas.

### **3.7. Plan de análisis**

#### **Análisis y procedimientos de los datos**

Los datos fueron procesados y se presentaron los datos en tablas simples y se elaboró gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado en el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0,05$ .

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Las acciones desarrolladas en el presente trabajo de investigación fueron realizadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Esta investigación entrevistó a 109 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de forma aleatoria.

A continuación se esquematizan los resultados mediante tablas y gráficos.

**TABLA N° 01**

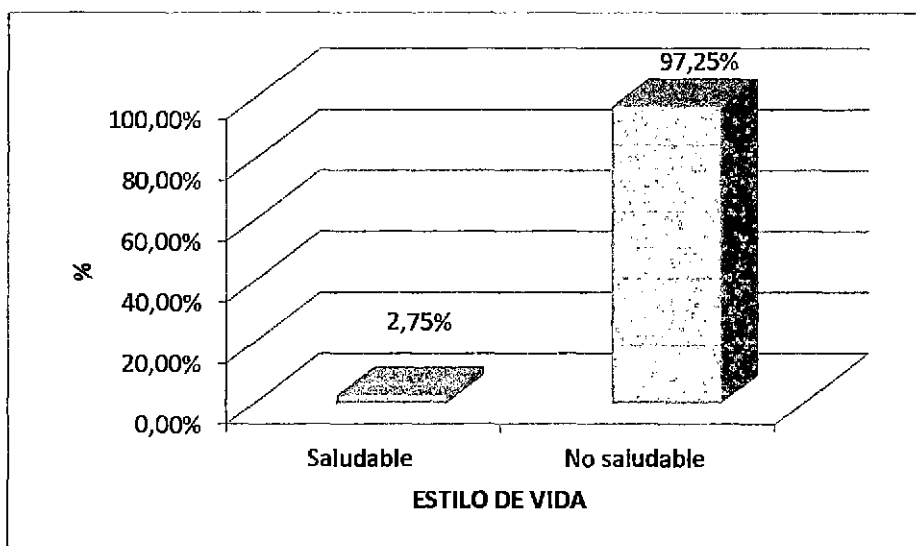
**ESTILO DE VIDA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO  
2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011**

<b>Estilo de vida</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Saludable</b>	3	2,75 %
<b>No saludable</b>	106	97,25 %
<b>Total</b>	109	100 %

Fuente: Instrumento – Encuesta escala de estilo de vida elaborado por Walker, sechrist y pender, y modificado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. (Anexo N°1)

### GRÁFICO N°01

#### ESTILO DE VIDA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011



Fuente: Instrumento – Encuesta escala de estilo de vida elaborado por Walker, sechrist y pender, y modificado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. (Anexo N°1)

Muestra la distribución porcentual del Estilo de vida de la persona adulta, donde solo el 2,75% tienen un estilo de vida saludable y el 97,25% tiene estilo de vida no saludable.

TABLA N°02

ESTILO DE VIDA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO

2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011

	ALIMENTACIÓN	Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Comía Ud. Tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.	2	1,83	32	29,36	32	29,36	43	39,45	109	100
2	Todos los días, Ud. Consumía alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales frutas, carnes, legumbres, cereales y granos.	17	15,6	60	55,05	28	25,69	4	3,67	109	100
3	Consumía de 4 a 8 vasos de agua al día.	4	3,67	79	79,48	20	18,35	6	5,5	109	100
4	Incluía entre comidas el consumo de frutas.	5	4,59	72	66,06	29	26,61	3	2,75	109	100
5	Escogía comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	78	71,56	29	26,61	2	1,83	0	0	109	100
6	Leía ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	92	84,4	16	14,68	1	0,92	0	0	109	100
	<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>	Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7	Hacía Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	37	33,94	49	44,95	23	21,1	14	12,84	109	100
8	Diariamente Ud. Realizaba actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	4	3,57	81	74,31	22	20,18	2	1,83	109	100
	<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>	Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9	Usted identificaba las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	0	0	24	22,02	33	30,28	52	47,71	109	100
10	Expresaba sus sentimientos de tensión o preocupación.	3	2,75	24	22,02	45	41,28	37	33,94	109	100
11	Ud. Planteaba alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	1	0,92	33	30,28	48	44,04	27	24,77	109	100
12	Realizaba alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	5	4,59	51	46,79	49	44,95	4	3,67	109	100
	<b>APOYO INTERPERSONAL</b>	Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

13	Se relacionaba con los demás.	0	0	22	20,18	73	66,97	14	12,84	109	100
14	Mantenia buenas relaciones interpersonales con los demás.	0	0	33	30,28	66	60,55	10	9,17	109	100
15	Comentaba sus deseos e inquietudes con las demás personas	2	1,83	37	33,94	59	54,13	11	10,09	109	100
16	Cuando enfrentaba situaciones difíciles recibía apoyo de los demás	3	2,75	32	29,36	37	33,94	37	33,94	109	100
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>		Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17	Se encontraba satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	0	0	20	18,35	65	59,63	24	22,02	109	100
18	Se encontraba satisfecho con las actividades que realizaba.	0	0	29	26,61	65	59,63	15	13,76	109	100
19	Realizaba actividades que fomenten su desarrollo personal.	0	0	32	29,36	61	55,96	16	14,68	109	100
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>		Nunca		A veces		Frecuente.		Siempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20	Acudía por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud.	60	55,05	28	25,69	16	14,68	5	4,59	109	100
21	Cuando presentaba una molestia acudía al establecimiento de salud.	19	17,43	50	45,87	26	23,85	14	12,84	109	100
22	Tomaba medicamentos solo prescritos por el médico.	19	17,43	41	37,61	32	29,36	17	15,6	109	100
23	Tomaba en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	19	17,43	42	38,53	36	33,03	12	11,01	109	100
24	Participaba en actividades que fomenten su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	80	73,39	23	21,1	5	4,59	1	0,92	109	100
25	Consumía sustancias nocivas: cigarro, alcohol y /o drogas.	23	21,1	45	41,28	33	30,28	8	7,34	109	100

Fuente: Instrumento – Encuesta escala de estilo de vida elaborado por Walker, sechrist y pender, y modificado por Delgado, R; Reyna E y Diaz, R. (Anexo N°1)

Muestra el cuestionario de estilo de vida, donde mide las diferentes items como son: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud, previo el diagnostico de Diabetes Mellitus.

En la Alimentación, se observa que el 39,35% comía tres veces al día (siempre), en un 55,5% comían comida balanceada (a veces) y un 15,6% nunca comía comida balanceada. Asimismo se observa predominantemente que las personas adultas nunca escogían comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida (71,56%) y nunca leían las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes (84,4%).

En la el ítem Actividad y ejercicio, en un 49,95% hacía ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semanas (a veces). Asimismo a veces realizaban actividades que incluyan el movimiento del cuerpo (74,31%).

En el ítem manejo de estrés menos de la mitad de las personas adultas podían expresar sus sentimientos de tensión o preocupación en su vida frecuentemente (41,28%), plantear alternativas de solución frente a la tensión o preocupación frecuentemente (44,04%) y a veces realizar actividades de relajación (46,79%).

Se observa que más de la mitad presentaba frecuentemente apoyo interpersonal con los demás. También se aprecia en el ítem autorrealización que más de la mitad presentaba satisfacción por lo

que a realizado durante su vida y realizaban actividades que fomentaban su desarrollo personal (frecuentemente, 55,96%).

En el ítem responsabilidad en salud, un 55,05% nunca acudía por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud, además menos de la cuarta parte tomaba medicamentos solo prescritos por el médico (15,6%), tomaba en cuenta las recomendaciones que brinda el personal de salud (11,01%) y/o participa en actividades que fomenten su salud (0,92%). Asimismo en un 41,28% consumía sustancias nocivas: cigarro, alcohol y / o drogas (a veces).

**TABLA N° 03**

**FACTORES BIOLÓGICOS PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011**

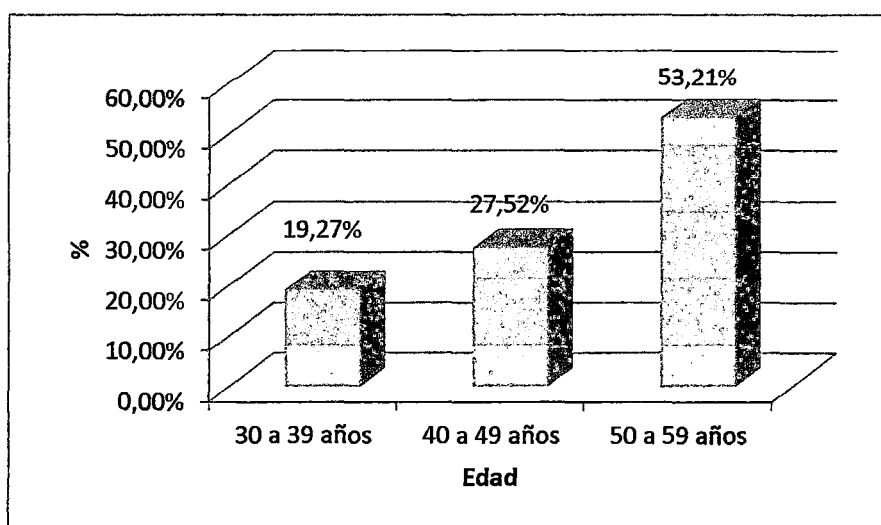
<b>FACTORES BIOLÓGICOS</b>		
<b>Edad</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>
30 a 39 años	21	19,27
40 a 49 años	30	27,52
50 a 59 años	58	53,21
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	47	43,12
Femenino	62	56,88
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>
<b>Antec. familiar de DM tipo 2</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sí	34	31,19
No	75	68,81
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

En los factores biológicos se puede observar que el grupo predominante respecto a la edad, es de 50 a 59 años con 53,21%, le siguen las de 40 a 49 años (27,52%) y las de 30 a 39 años (19,27%) respectivamente. Así mismo, se puede observar que el 56,88% son de sexo femenino y el 43,12% son de sexo masculino. Además, se puede observar que el 68,81 no presenta antecedente familiar de diabetes mellitus y el 31,19% si presenta antecedente familiar de Diabetes Mellitus.

## GRÁFICO N° 02

### EDAD

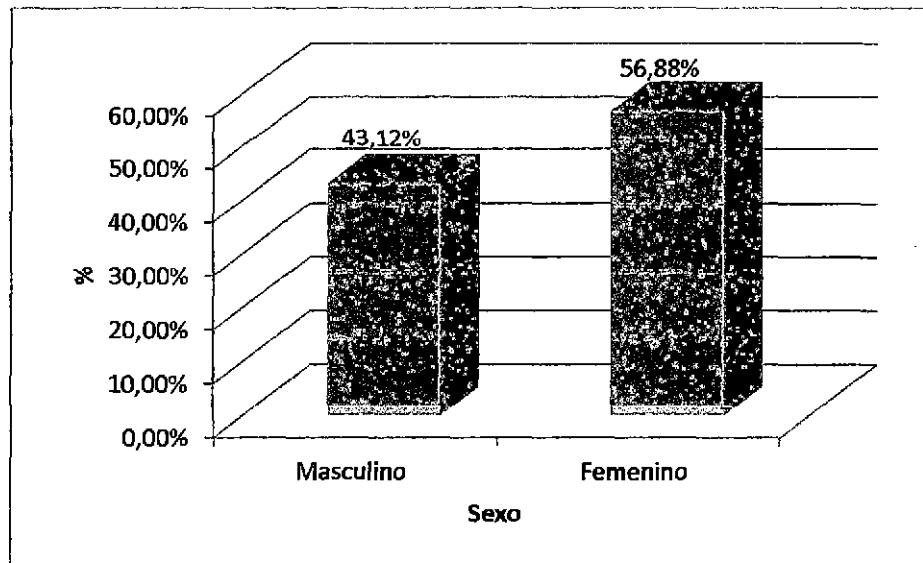


Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

La edad de la persona adulta previo al diagnóstico de DM2 del Hospital Hipólito Unanue 2011, es de 50 a 59 años con 53,21%, le siguen las de 40 a 49 años (27,52%) y las de 30 a 39 años (19,27%) respectivamente.

GRÁFICO N° 03

SEXO

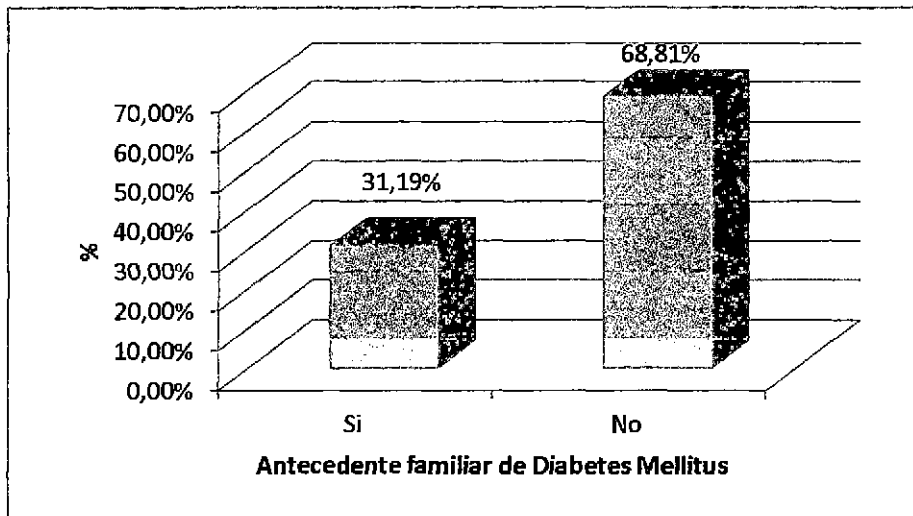


Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

Se puede observar que el 56,88% son de sexo femenino y el 43,12% son de sexo masculino.

### GRÁFICO N° 04

#### ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS



Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

Se observa que el 68,81 no presenta antecedente familiar de diabetes mellitus y el 31,19% si presenta antecedente familiar de Diabetes Mellitus.

**TABLA N° 04**

**FACTORES CULTURALES PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011**

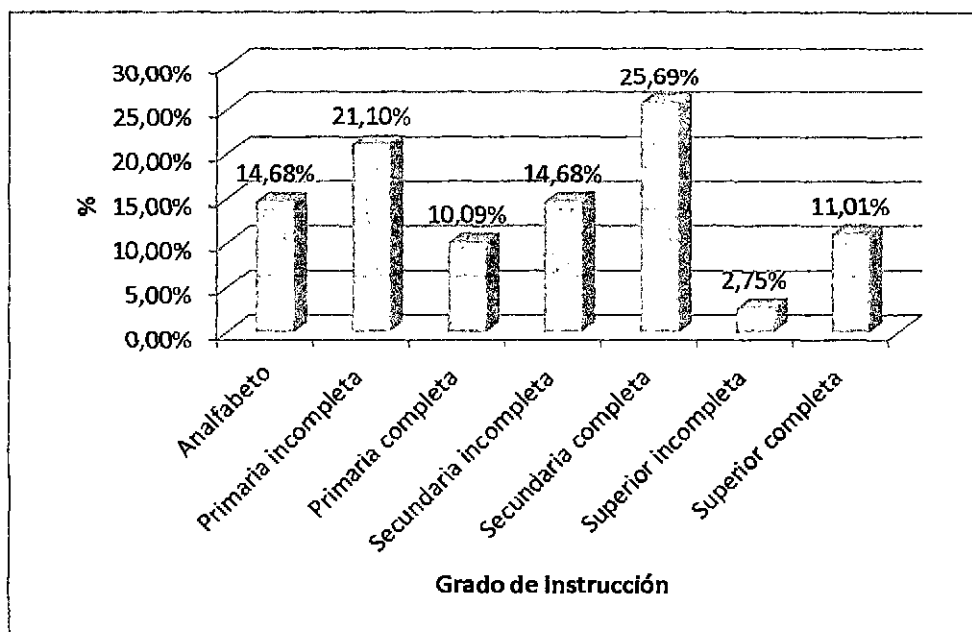
<b>FACTORES CULTURALES</b>		
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Analfabeto	16	14,68
Primaria incompleta	23	21,10
Primaria completa	11	10,09
Secundaria incompleta	16	14,68
Secundaria completa	28	25,69
Superior incompleta	3	2,75
Superior completa	12	11,01
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>
<b>Religión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
católico	94	86,2385
Evangélico	3	2,7523
Adventista	1	0,9174
Testigo de Jehová	2	1,8349
Mormón	2	1,8349
Otros	7	6,4220
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

En los factores culturales se puede observar en lo que respecta al grado de instrucción, los más relevantes son los Secundaria completa (25,69%) y Primaria incompleta (21,10%). Podemos observar que un 14,68 % es analfabeto y 11,01% tuvieron superior completa. También se puede observar que, la religión que mas predomina es la Católica con el 86,23%, seguida de otras religiones (6,42%) y la evangélica (2,7523%).

GRÁFICO N° 05

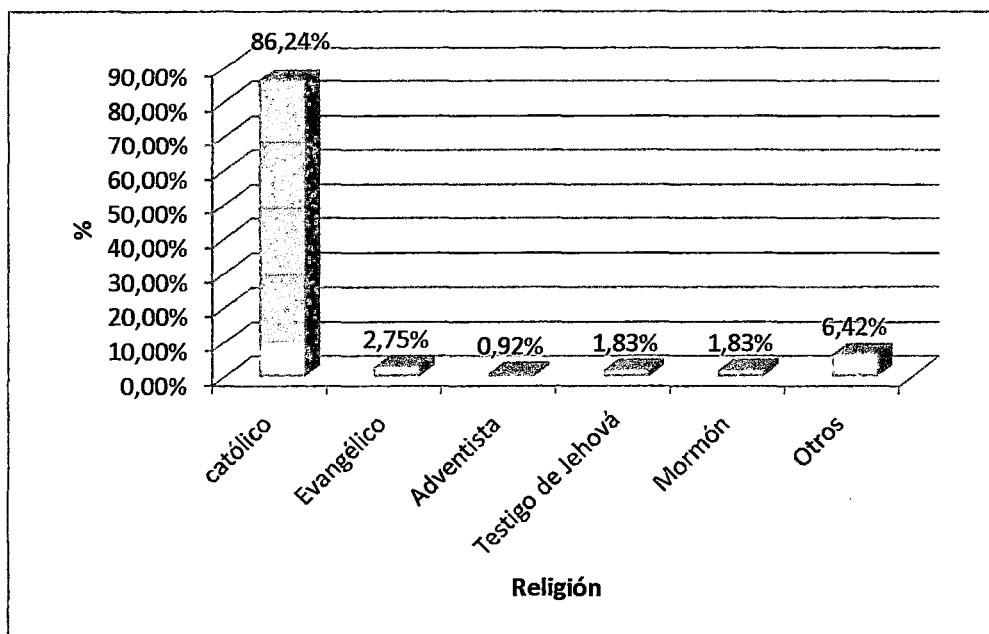
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PERSONA ADULTA



Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

Grado de instrucción, los más relevantes son los Secundaria completa (25,69%) y Primaria incompleta (21,10%). Podemos observar que un 14,68 % es analfabeto y 11,01% superior completa.

**GRÁFICO N° 06**  
**RELIGIÓN DE LA PERSONA ADULTA**



Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

La religión que mas predomina es la Católica con el 86.23%, seguida de otras religiones (6,42%) y la evangélica (2,7523%).

**TABLA N° 05**

**FACTORES SOCIALES PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2011**

<b>FACTORES SOCIALES</b>		
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero (a)	10	9,17
Casado (a)	59	54,13
Viudo (a)	7	6,42
Conviviente	25	22,94
Separado	8	7,34
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Obrero (a)	5	4,59
Empleado (a)	25	22,94
Ama de casa	30	27,52
Estudiante	1	0,92
Comerciante	30	27,52
otros	18	16,51
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>Ingreso económico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 100 nuevos soles	52	47,71
De 100 a 500 nuevos soles	38	34,86
De 600 a 1000 nuevos soles	17	15,6
De 1000 a mas nuevos soles	2	1,83
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

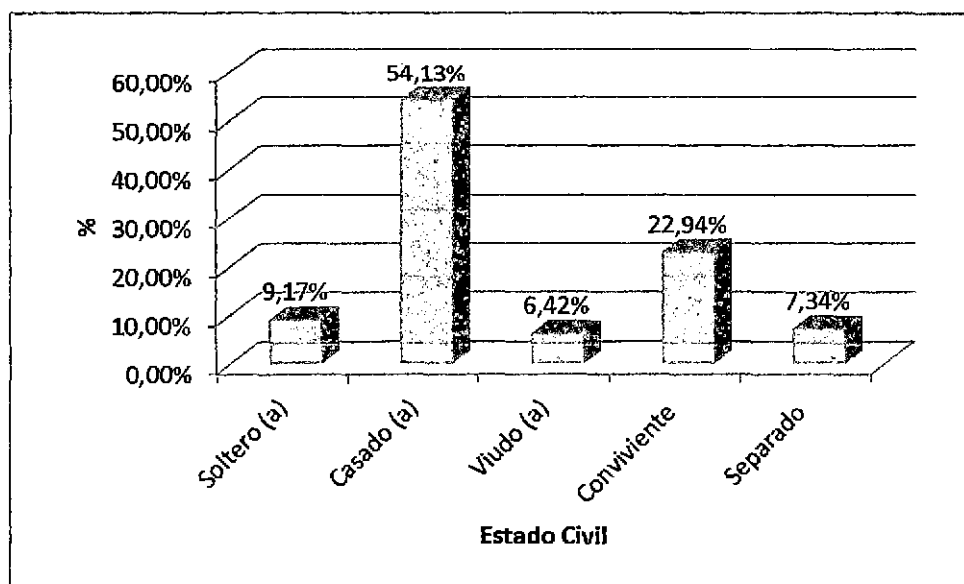
En los factores sociales se puede observar en lo que respecta al estado civil, el 54,13% son casado(a)s, seguido de los de unión libre (conviviente) (22,94%), separados (7,34%) y viudo(a)s (6,42%).

Respecto a la ocupación de la persona adulta, podemos observar que las ocupaciones mas predominante es ama de casa con el 27,52% y comerciante (27,52%), empleado(a)s ( 22,94%) y otros

(16,51%). Así mismo, respecto al ingreso mensual de la persona adulta se puede observar que los ingresos más predominan son el de menor de 100 (41,71%), de 100 a 500 nuevos soles (34,86%), de 600 a 1000.

GRÁFICO N° 07

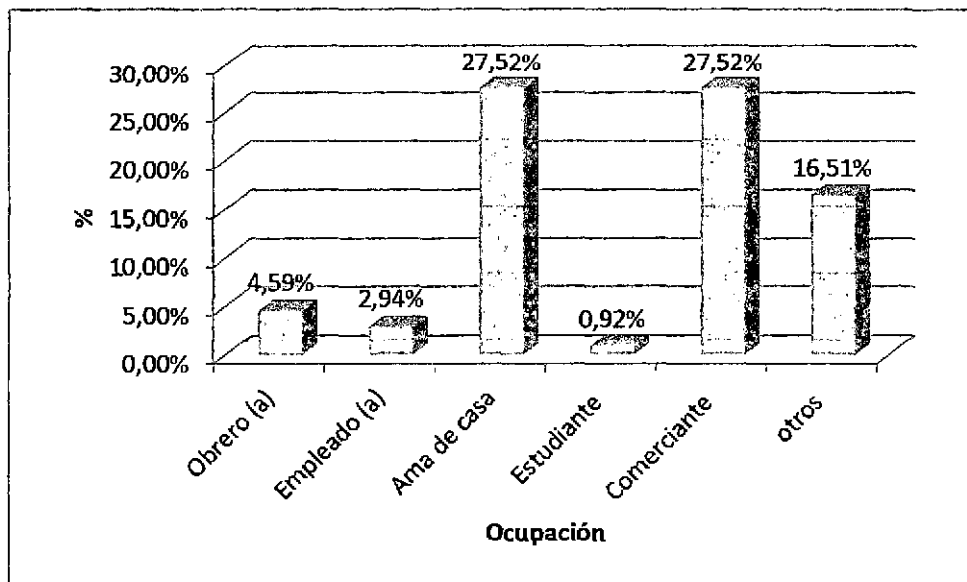
ESTADO CIVIL DE LA PERSONA ADULTA



Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

Estado civil, el 54,13% son casado(a)s, seguido de los de unión libre (conviviente) (22,94%), separados (7,34%) y viudo(a)s (6.42%).

**GRÁFICO N° 08**  
**OCUPACIÓN DE LA PERSONA ADULTA**

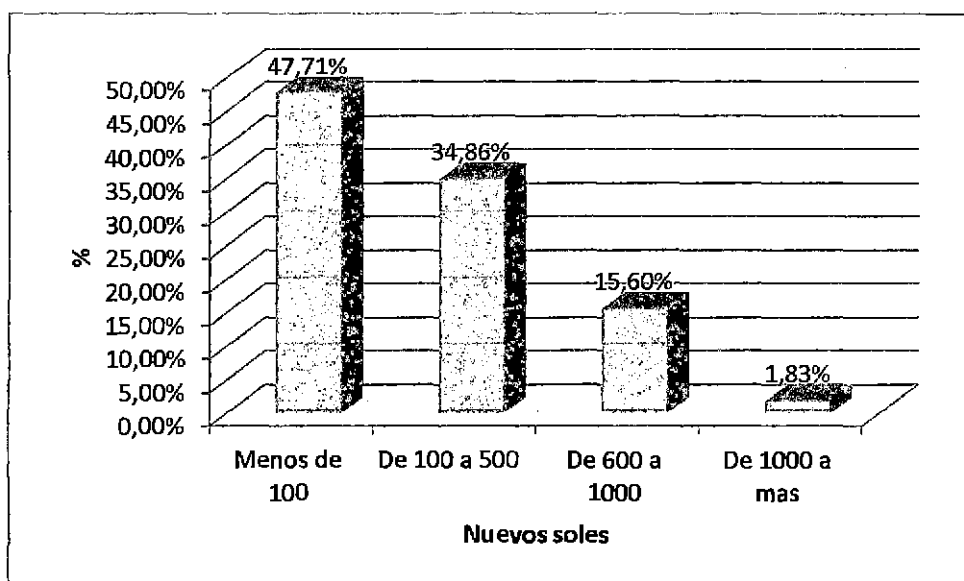


Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

La ocupación de la persona adulta, podemos observar que las ocupaciones mas predominante es ama de casa con el 27,52% y comerciante (27,52%), empleado(a)s ( 22,94%) y otros (16,51%).

### GRÁFICO N° 09

#### INGRESO ECONÓMICO DE LA PERSONA ADULTA



Fuente: Cuestionario de factores biosocioculturales, elaborado por Delgado, R. (Anexo N°2)

El ingreso mensual de la persona adulta se puede observar que los ingresos más predominan son el de menor de 100 (41,71%), de 100 a 500 nuevos soles (34,86%), de 600 a 1000 nuevos soles (15,6%) y de 1000 a mas nuevos soles (1,83%).

**TABLA N° 06**

**RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES BIOLÓGICOS DE LA PERSONA ADULTA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE- 2011**

FACTOR BIOLÓGICO Edad	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		Saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	P-valor
	n	%	n	%	n	%			
30 a 39	21	19,27	0	0	21	19,27	0.76	2	0.692
40 a 49	29	26,61	1	0,92	30	27,52	<b>P &gt; 0,05</b>		
50 a 59	56	51,38	2	1,83	58	53,21			
Total	106	97,25	3	2,75	109	100%			
Sexo	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	p-valor
	n	%	n	%	n	%			
Masculino	46	42,20	1	0,92	47	43,12	0,1204505	1	0.123
Femenino	60	55,05	2	1,83	62	56,88	<b>P &gt; 0,05</b>		
Total	106	97,25	3	2,75	109	100%			
Antecedente de Diabetes Mellitus	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	p-valor
	n	%	n	%	n	%			
SI	34	31,19	0	0	34	31,19	1,3984904	1	0.237
NO	72	66,06	3	2,75	75	68,81	<b>P &gt; 0,05</b>		
Total	106	97,25	3	2,75	109	100%			

Fuente: Instrumento – Encuesta escala de estilo de vida y cuestionario sobre factores biosocioculturales de la persona adulta. Modificado y elaborado por Delgado, R; Reyna, E y Díaz, R.

En cuanto a los factores biológicos con el estilo de vida, se observa que el 51,38% de las personas adultas tienen una edad entre 50 a 59 años y tienen estilo de vida no saludable; el 26,61% de las personas adultas tiene una edad entre 40 a 49 años, así como también un total de 2,75 tienen estilo de vida saludable. Por

otro lado se observa que el 55,05% pertenecen al sexo femenino y tiene estilo de vida no saludable; así como también el 1,83% pertenecen al sexo femenino y tiene estilo de vida saludable.

Se muestra la relación entre los factores biológicos y el estilo de vida. Así tenemos que al relacionar la variable edad con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia de criterios ( $\chi^2 = 0.76$ ,  $gl=2$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística. Así mismo, cuando relacionamos la variable sexo con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $\chi^2 = 0,12$ ;  $gl=1$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística.

TABLA N° 07

RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES CULTURALES DE  
LA PERSONA ADULTA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - 2011

FACTOR CULTURAL	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		Saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	P-valor
	n	%	n	%	n	%			
Grado de instrucción									
Analfabeto (a)	15	13,76	1	0,92	16	14,68	3,9513859	6	0,678
Primaria incompleta	22	20,18	1	0,92	23	21,10	P > 0,05		
Primaria completa	11	10,09	0	0	11	10,09			
Secundaria incompleta	16	14,68	0	0	16	14,68			
Secundaria completa	28	25,69	0	0	28	25,69			
Superior incompleta	3	2,75	0	0	3	2,75			
Superior completa	11	10,09	1	0,92	12	11,01			
Total	106	97,25	3	2,75	109	100%			
Religión	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	p-valor
	n	%	n	%	n	%			
Católico	91	83,49	3	2,75	94	86,2385	0,4922715	5	0,992
Evangélico	3	2,75	0	0	3	2,7523	P > 0,05		
Adventista	1	0,92	0	0	1	0,9174			
Testigo de Jehová	2	1,83	0	0	2	1,8349			
Mormón	2	1,83	0	0	2	1,8349			
Otros	7	6,42	0	0	7	6,4220			
Total	106	97,25	3	2,75	109	100%			

Fuente: Instrumento – Encuesta escala de estilo de vida y cuestionario sobre factores biosocioculturales de la persona adulta. Modificado y elaborado por Delgado, R; Reyna, E y Díaz, R.

En cuanto a los factores culturales con el estilo de vida, se observa que el 25,69% de las personas adultas tienen un grado de instrucción de secundaria completa y tienen estilo de vida no saludable; así como también un total de 2,75% de las personas adultas tienen un grado de instrucción de analfabeta, primaria completa y superior completa y tienen estilo de vida saludable. Por otro lado se observa que el 91 % es de religión católica y tienen estilo de vida no saludable; así como también el 3% es de religión católica y tienen estilo de vida saludable.

Se muestra la relación entre los factores culturales y el estilo de vida. Así tenemos que al relacionar la variable grado de instrucción con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $\chi^2 = 3,95$ ;  $gl=6$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística.

Cuando relacionamos la variable religión con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $\chi^2 = 0,4922715$ ,  $gl=1$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística.

TABLA N° 08

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LOS FACTORES SOCIALES DE LA PERSONA ADULTA PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - 2011

FACTORES SOCIALES	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		Saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	P-valor
	Estado civil	n	%	n	%	n			
Soltero (a)	10	9,17	0	0	10	9,17	7,5063456	4	0.109
Casado (a)	58	53,21	1	0,92	59	54,13	P > 0,05		
Viudo (a)	6	5,50	1	0,92	7	6,42			
Conviviente	25	22,94	0	0	25	22,94			
Separado	7	6,42	1	0,92	8	7,34			
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>97,25</b>	<b>3</b>	<b>2,75</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>			
Ocupación	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	p-valor
	n	%	n	%	n	%			
Obrero (a)	4	3,67	1	0,92	5	4,59	9,0806116	5	0.159
Empleado (a)	24	22,02	1	0,92	25	22,94	P > 0,05		
Ama de casa	30	27,52	0	0	30	27,57			
Estudiante	1	0,92	0	0	1	0,92			
Comerciante	30	27,52	0	0	30	27,52			
Otros	17	15,6	1	0,92	18	16,51			
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>97,25</b>	<b>3</b>	<b>2,75</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>			
Ingreso económico (S./)	ESTILO DE VIDA				TOTAL		Prueba Chi- Cuadrado		
	No saludable		saludable				X <sup>2</sup>	G.L.	p-valor
	n	%	n	%	n	%			
Menos de 100	51	46,79	1	0,92	52	47,71	0,8145309	3	0.846
100 a 500	37	33,94	1	0,92	38	34,86	P > 0,05		
600 a 1000	16	14,68	1	0,92	17	15,6			
1000 a mas	2	1,83	0	0	2	1,83			
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>97,25</b>	<b>3</b>	<b>2,75</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>			

Fuente: Instrumento - Encuesta escala de estilo de vida y cuestionario sobre factores biosocioculturales de la persona adulta. Modificado y elaborado por Delgado, R; Reyna, E y Diaz, R.

En cuanto a los factores sociales con el estilo de vida, se observa que el 53,21% de las personas adultas tienen estado civil casado(a)s y tiene estilo de vida no saludable; así como también el 0,92% de las personas adultas tiene estado civil casado(a)s y tiene estilo de vida saludable.

Por otro lado se observa que el 27,52 % tiene clasificación de ocupación ama de casa y comerciante en cada uno y tiene estilo de vida no saludable; así como también el 0,92% son empleados, obrero y otros, tienen estilo de vida saludable. Así mismo, se observa que el 46,79 % tiene un ingreso mensual menor de 100 soles mensuales y tiene estilo de vida no saludable; así como también el 0,92% tienen un ingreso menor de 100, 100 a 500 y 600 a 1000 respectivamente y tienen estilo de vida saludable.

Se muestra la relación entre los factores sociales y el estilo de vida. Así tenemos que al relacionar la variable estado civil con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $\chi^2 = 7,5$ ,  $gl=4$  y  $p >0,05$ ) no existe significancia estadística.

Cuando relacionamos la variable ocupación con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $X^2 = 9,0806116$ ,  $gl=4$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística.

Cuando relacionamos la variable ingreso con el estilo de vida utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia ( $X^2 = 0,8145309$ ;  $gl=3$  y  $p > 0,05$ ) no existe significancia estadística.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSION

Debemos evitar que un organismo predispuesto llegue a ser diabético clínicamente hablando, influir notablemente cuando ya lo es, retrasando el ritmo evolutivo o haciéndolo más lento con medidas de intervención a fin que el deterioro y la calidad de vida de estos pacientes no llegue a las consecuencias finales de la enfermedad. (4) Y los resultados de nuestra encuesta aplicada, revelan una situación preocupante.

En la **TABLA N°1** los resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2011, se aproximan a los encontrados por **Fabiola Sadith Poma Oré** (50) en su estudio Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta. Pachia. Tacna 2010, encontraron que, el 80,4% presentan estilo de vida no saludable y el 19,6 % presenta estilo de vida saludable.

Así mismo, los resultados difieren de los obtenidos por **María Salomé Aguilar Arocutipa** (49), quienes investigaron el estilo de

vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la Asociación Villa Héroes del CENEPA, Tacna, 2010. Reportando que el 58,6% de la muestra tenía un estilo de vida saludable y un 41,4% no saludable.

**Al analizar la variable Estilo de vida** de la persona adulta previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna nos indican que la mayoría de las personas adultas antes de ser diagnosticadas de Diabetes Mellitus tiene un estilo de vida no saludable. Esta situación demuestra que la población en estudio está desprotegida y que los patrones conductuales que ponen en práctica en su vida cotidiana, no es pertinente para el mantenimiento o mejoramiento de su salud y los coloca en situación de riesgo para adquirir alguna enfermedad. Siendo el Perú un país donde persiste la pobreza y extrema pobreza que contribuye a no tener alimentación balanceada sino más bien una alimentación basada en carbohidratos y comida “chatarra”, con una mínima cantidad de proteínas y casi nada de vitaminas. Esta falta de recursos se suma a la falta de conocimiento respecto al tema o a la falta de voluntad en

mejorar los aspectos que pueden contribuir a mejorar su estilo de vida.

En la **TABLA N°2** muestra el cuestionario de estilo de vida, donde mide numeral y porcentualmente los diferentes items como son: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud, previo al diagnóstico de Diabetes Mellitus. Observando que las personas presentan en su mayoría despreocupación por su alimentación, actividad - ejercicio y en el ítem responsabilidad en salud, pues mas de la mitad nunca acudía por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud. Asimismo en un 41,28% consumía sustancias nocivas: cigarro, alcohol y / o drogas (a veces). Por lo que a través de este cuestionario se demostró que en su mayoría no presentan estilos de vida saludables.

A nivel mundial a través del programa **de prevención de la diabetes outcome study (DPPOS) en Estados Unidos - año 2009** (18), demostraron la prevención o retardo de la diabetes a través del cambio de estilo de vida con la dieta y ejercicio. También el **programa de prevención de diabetes de Finlandia**

(18) incluía recomendaciones dietéticas y ejercicio físico, demostrando que se puede prevenir la DM2 con cambios de estilo de vida intensivo. Otros estudios en India y Japón demuestran similares resultados en relación a utilidad y eficacia del estilo de vida saludable sobre la prevención de DM2. En los **resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna** la mayoría presentan estilos de vida no saludable, por lo que es importante dar a conocer a la población que están actuando inadecuadamente en sus estilos de vida, de esta manera crear conciencia, en simples cambios para mejorar la nutrición e implementar la actividad física.

Si bien, la diabetes mellitus es una condición en la que para su aparición existen factores como la predisposición genética, también hay factores medio - ambientales que pueden acelerar su desencadenamiento, entre ellos, los hábitos previos que la persona tiene en referencia a una serie de comportamientos (alimentación, actividad física, manejo de emociones y empleo de alcohol y tabaco por ejemplo), por lo que el **estilo de vida, es una variable importante en la aparición de la diabetes** y una vez que el paciente ha sido diagnosticado con la enfermedad, el tratamiento exitoso reside en la adherencia a ciertas pautas, incluyendo aquí

los cambios de los hábitos de alimentación, en la realización de actividad física, la realización de los controles médicos y de laboratorio correspondientes y la administración de medicamentos para el control de la glucosa sanguínea.(17)

En la **TABLA N°3** los resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2011, son similares respecto a la variable sexo, pero difieren respecto a la variable edad en el estudio de **Matilde Fernández Ochoa** (48), quienes estudiaron los estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación los Próceres Tacna – 2010, donde concluyen que el 58.50% tienen una edad entre 20 a 35 años y el 59,27% de sexo femenino.

Por otro lado los resultados difieren con los resultados encontrados por **María Salomé Aguilar Arocutipa** (49), son similares respecto a la variable edad, pero difieren respecto a la variable sexo en el estudio estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la Asociación Villa Héroes del CENEPA, Tacna, 2010, quien concluye que un 55,1% tiene una edad entre 36-59 años, así como el 52,1%son de sexo masculino.

Al analizar la variable **edad** de las personas adultas, los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, nos indica que un poco más de la mitad de las personas adultas son adultos maduros. Es una edad donde la persona adultas consolidan los aspectos sociales y profesionales; así como asume retos con mayor responsabilidad que los jóvenes (55).

Las personas adultas, durante el desarrollo de la vida, consideran la variabilidad e individualidad de cada persona, establecen su propio estilo de vida, el cual está íntimamente relacionado con la salud, las relaciones sociales, el trabajo, la vida sexual y otros, influenciados también por los diferentes factores que intervienen en su crecimiento (56).

A medida que la población aumenta en edad, engorda más y se mantiene inactiva, el número de adultos con diabetes se incrementa. El número de niños y jóvenes adultos que tienen diabetes también está aumentando. (56) Entre los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de que alguien desarrolle diabetes está: Tener 40 años o más, sin embargo, hoy en día, gente más joven, incluso niños y adolescentes, tienen factores de riesgo. (57)

Al analizar la variable **sexo** de las personas adultas, los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, en la tabla N°3, nos indica que existe predominancia del sexo femenino; es decir, de las mujeres son mayores que los varones. Las cuales se observa, mayormente se dedican a los quehaceres de la casa, cuidados de los hijos; así como también, realizan diferentes actividades como trabajos comunales, entre otros.

Las mujeres, en relación a los hombres, acostumbran a cuidar más de sí mismas e, históricamente, son responsables por el cuidado de la salud de sus familias; por lo tanto, están más atentas a la sintomatología de las enfermedades y, generalmente, buscan ayuda precozmente. Es probable que esto este asociado también a la mayor oferta de programas de salud específicos para el sexo femenino.

Al analizar la variable **antecedentes familiares de DM** de la persona adulta de la tabla N° 3, los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, nos indica que un poco más de la mitad de las personas adultas no presentan antecedente familiar de DM, así como también un 31,19% si lo presentan.

En el estudio realizado por Marianne A. B. y colaboradores, (58) población de estudio de Gambia - año 2001. **“Antecedentes familiares: una oportunidad para intervenir precozmente y mejorar el control de la hipertensión, la obesidad y la diabetes”**. Refieren que los antecedentes familiares depende de la prevalencia de las enfermedades, del número de miembros de la familia, de los medios de diagnóstico disponibles, del comportamiento de los pacientes en materia de salud y de lo familiarizados que estén con los diagnósticos formulados a sus parientes. La mayoría de estos factores tienden a ser más frecuentes en un entorno urbano; los recuerdos tienden a ser más claros entre las personas más conscientes de la salud (es decir, con mejor nivel de instrucción y pertenecientes a entornos urbanos) y más jóvenes. No obstante, cualquier sesgo de este tipo se limitara a diluir las asociaciones con los factores de riesgo cardiovascular que encontramos entre familiares directos.

En los individuos con antecedentes familiares de diabetes, el riesgo de padecer la enfermedad varia según la edad del probando en el momento del diagnostico y el tipo de diabetes.

En un estudio realizado en el norte del Sudan, los antecedentes familiares de diabetes eran 2,3 veces mas frecuentes entre los diabéticos que entre los no diabéticos.

En los factores culturales los resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue de la **TABLA N°4**, son similares respecto a la variable religión, pero difieren respecto a la variable grado e instrucción con los resultados encontrados por **Matilde Fernández Ochoa** (47) quienes investigaron el Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación los Próceres. Tacna, 2010 concluyendo que un 43,30% tienen grado de instrucción secundaria completa y el 66,9 % su religión es católica.

De igual forma, los resultados encontrados son similares respecto a la variable religión, pero difieren respecto a la variable grado de instrucción con los resultados encontrados **María Salomé Aguilar Arocutipa** (49) quien investigó el Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación Villa Héroes del Cenepa. Tacna 2010. Concluyendo que el 20,2% de las personas adultas tienen secundaria incompleta y el 68,1% son católicos.

Al analizar la variable **grado de instrucción** de las personas adultas, de los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna , se puede concluir que la cuarta parte de las personas adultas tiene grado de instrucción secundaria completa; es decir, no poseen ningún grado o título académico para ejercer una profesión técnica o profesional. Las personas con mayor nivel de instrucción suelen cuidarse más y ser más propensas a utilizar el sistema de salud, lo cual lleva a un aumento de la desigualdad en cuidados médicos y en los estados de salud individuales. (60)

Al analizar la variable **religión** de las personas adultas, los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2011, nos indica que la persona adulta en su mayoría tiene una orientación espiritual católica respecto a creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado. La religión misma trae consigo prácticas no saludables en la persona adulta por las costumbres que ponen en práctica tales como las numerosas festividades que se celebran y que implican gastos insulsos en la economía de la familia que bien podrían ser aprovechadas en el mantenimiento de la salud. Además cuyas celebraciones existe

libertad en el inadecuado estilo de vida: en el exceso de consumo de licor, alimentación inadecuada, hábitos de fumar, etc.

Los resultados encontrados del Hospital Hipólito Unanue – Tacna de la **TABLA N°5**, se aproximan a los encontrados por **Fabiola Sadith Poma Oré** (50) en su estudio "Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta, Pachia, Tacna, 2010", reportan que el 57,14% son de estado civil casado(a)s, el 39,90 % son ama de casa y el 59.11 % presentan ingresos económicos menos de 100 nuevos soles.

Así mismo, los resultados encontrados se relacionan respecto a la variable ocupación, pero difieren en las variables Ingreso económico y estado civil, con los resultados encontrados por **Matilde Fernández Ochoa** (48) quienes estudiaron los estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta de la asociación los Próceres, Tacna 2010. Donde la población estudiada resultó tener el 29,8% estado civil casado, el 44,6% ocupación ama de casa y el 59,6% tiene un ingreso económico de 101 a 500 soles.

Al analizar la variable **estado civil** de las personas adultas a partir de los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, se puede deducir que un poco más de la mitad tiene una relación de pareja producto de una unión matrimonial enmarcada legalmente como casado(a)s; donde ambos asumen deberes y derechos para proteger una familia.

El éxito matrimonial se halla estrechamente ligado a la manera en que los cónyuges se comunican, toman decisiones y enfrentan los conflictos. Disputarse y expresar abiertamente la ira, parece bueno para el matrimonio, en tanto que las quejas, ponerse a la defensiva, la obstinación y retractarse son señales de dificultad. (56)

En la actualidad, el matrimonio en la edad adulta es muy diferente de lo que era antes y muchos terminan en divorcio, el cual ocurre como culminación de un largo proceso de distanciamiento emocional. Muchos matrimonios observan que ya no es necesario permanecer unidos por amor a los hijos. En parte, el divorcio se debe a expectativas poco realistas acerca del matrimonio. (61)

Al analizar la variable **ocupación** de las personas adultas a partir de los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna

nos indica que más de la mitad de las personas adultas tienen la ocupación clasificada de ama de casa y comerciante.

La gran mayoría no tiene trabajo y se dedica a ser ama casa, y por ser Tacna una zona comercial predomina también los comerciantes. Tener la ocupación de amas de casa o realizar trabajos de poca estabilidad económica como comerciante y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo hace que las personas se descuiden de su salud, predominando el interés en su estado económico y en los problemas familiares y en los roles domésticos, sin acceso a un nivel educativo por las responsabilidades que implica ser ama de casa y trabajar como comerciante en las calles.

Al analizar la variable **ingreso mensual** de las personas adultas a partir de los resultados obtenidos en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, nos indica que en promedio el ingreso mensual de la persona adulta es bajo, lo cual resulta insuficiente para cubrir los altos costos de la canasta básica familiar en la actualidad.

Por el contrario, tener mejores ingresos económicos equivale a tener mejor alimentación, educación, vivienda, salud. Los comportamientos económicos, tales como: gasto, compra, ahorro,

inversión, endeudamiento, entre otros, constituyen parte importante de todos los comportamientos sociales que las personas realizan en la vida cotidiana. (62)

Estos resultados encontrados en Hospital Hipólito Unanue – Tacna de la **TABLA N°6** coinciden con los resultados encontrados por **Matilde Fernández Ochoa** (48) quienes en su estudio *Estilo de vida y factores Biosocioculturales la persona adulta de la Asociación los Próceres*. Tacna, 2010, concluyen que la edad y el sexo no tienen significancia estadística con el estilo de vida.

Así mismo, los resultados difieren de los encontrados por **LLorca O.** (63), en su estudio *Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del AA.HH. Nueva Esperanza de Chimbote*, 2010, quien encontró que existe relación significativa entre la edad y el estilo de vida, pero no existe relación significativa entre la sexo y el estilo de vida.

Según los resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna, no hay relación de la **edad, sexo y antecedente familiar de Diabetes mellitus** con el estilo de vida; estos resultados se explican al considerar que para alcanzar un estilo vida saludable no necesariamente se necesita edad y sexo determinado, basta que la

persona adulta asuma la responsabilidad de modificar las conductas dañinas a su salud, para así obtener conductas generadoras de salud. Es decir, no importa en qué etapa del adulto se encuentre, ni el sexo, para que la persona adulta adopte adecuados hábitos que la lleven a tener estilo de vida saludable, ya que en las diferentes edades e independientemente del sexo, las personas tiene la capacidad de pensar, actuar e interesarse por su bienestar.

Independientemente de la edad y sexo, la responsabilidad en salud del adulto, según Mella, R, Gonzales, L. (64), implica saber escoger y elegir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud.

Estos resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna de la **TABLA N°7**, no coinciden con los resultados encontrados por **Fabiola Sadith Poma Oré** (50) quienes en su estudio Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta. Pachia. Tacna 2010, concluyen que existe relación

significativa entre el grado de instrucción y el estilo de vida; y existe relación significativa entre la religión y el estilo de vida.

Así mismo, los resultados coincide con los resultados encontrados por **LLorca O.** (63) en su estudio *Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del AA.HH. Nueva Esperanza de Chimbote, 2010*, quien encontró que el grado de instrucción y la religión no tienen relación significativa con el estilo de vida.

Los resultados indican que el **grado o nivel de instrucción** no tiene una relación significativa con el estilo de vida de las personas adultas. Sabemos que el grado de instrucción es importante para que la población se supere, salga del retraso en que se encuentra y practique hábitos de vida saludables.

Al respecto, Gonzales, A. (65), sostiene que a mayor nivel de educación de los adultos, habrá mayor conocimiento para llevar mejores estándares de vida, la educación tiene efectos diferenciados en diversos aspectos de la salud. Asimismo queda demostrando que la educación es uno de los determinantes sociales con mayor influencia en el bienestar físico, social y mental.

Al analizar la variable **religión** de la tabla N°7 con el estilo de vida de la persona adulta se encuentra que no existe relación estadísticamente significativa, entre ambas variables; es decir, la religión no determina que las personas adultas tengan estilo de vida saludable o no saludable porque independientemente de la religión a la que pertenezcan, pueden asumir o no la responsabilidad de asumir hábitos saludables.

La religión no es practicada a cabalidad por las personas adultas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, solo participan en fiestas religiosas para divertirse pero, sin darle importancia a la espiritualidad. Solo cuando están enfermos graves, recién buscan a Dios y se acuerdan de darle prioridad a la espiritualidad, se despierta el miedo y la angustia ante la idea cercana de la muerte y por lo tanto tratan de ser “buenos” con la esperanza de entrar en el Reino de Dios; entonces la religión se ha convertido en sinónimo de perdón. (66)

Estos resultados encontrados en el Hospital Hipólito Unanue – Tacna de la **TABLA N°8**, no coinciden con los resultados encontrados por **Fabiola Sadith Poma Oré (50)** quien en su

estudio Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta de Pachia, 2010, concluyen que el estado civil, e ingreso económico tienen relación significativa con el estilo de vida, pero coinciden que la ocupación no tiene relación significativa con el estilo de vida.

Al realizar el análisis **estado civil** y estilo de vida de acuerdo a los resultados encontrados observamos que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El hecho de estar casado, soltero, o tener unión libre, ser viudo o divorciado no tiene nada que ver para que las personas adultas adopten estilos de vida saludables; por tanto, el estado civil no es variable importante que pueda ocasionar daños en el bienestar de la población en estudio.

Los resultados encontrados indican que la **ocupación** no tiene relación estadísticamente significativa con el estilo de vida de las personas adultas.

El adulto mayor como ser humano, por naturaleza necesita satisfacer sus demandas a través de la ocupación en las áreas en las cuales se desempeña, en los ámbitos del autocuidado, de las

actividades básicas cotidianas, de las actividades productivas y del tiempo libre. La práctica en Terapia Ocupacional es un proceso dinámico, que abarca la promoción de la salud desde la ocupación, la prevención de la deshabilitación, la conservación y el desarrollo de las potencialidades en cada persona, y el restablecimiento e integración de las capacidades de cada individuo con su identidad particular, asegurando así el máximo nivel de desempeño ocupacional. (67)

Así mismo, los resultados encontrados indican que **el ingreso económico** no tiene relación estadísticamente significativa con el estilo de vida de las personas adultas.

A mayor ingreso económico, mayor satisfacción de las necesidades básicas de la persona adulta, tales como salud, alimentación, vestido, etc. El bajo sueldo económico en la canasta familiar, apenas alcanza para cubrir sus necesidades básicas que son la causa fundamental de la mala alimentación que puede desencadenar enfermedades que afecten a la salud de toda la familia.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos da a conocer , que si bien no se encontró significancia estadística entre estilo de vida y factores biosocioculturales previo al diagnóstico de Diabetes mellitus; se observo que la mayoría de personas adultas tiene estilo de vida no saludable; son personas comprendidas en la etapa adulto maduro de 50 a 59 años , de sexo femenino, esto se debe probablemente a que los adultos tienen hábitos y costumbres ya formadas que difícilmente se puede cambiar; los hábitos de buscar o interesarse por nuevos conocimientos depende de la persona y de la motivación que tenga para ello. La mayoría tienen grado de instrucción secundaria completa, y practican estilos de vida no saludables, probablemente por falta de conocimientos y por el poco interés que ponen en cuidado de la salud ya que tiene otras prioridades como son la satisfacción de necesidades básicas. Un buen número de población son amas de casa y comerciantes, a trabajos informales poco remunerados, monto que no cubre la canasta básica y pone en riesgo la satisfacción de necesidades y por ende la salud física y emocional.

En el mundo se a querido demostrar a través de estudios la importancia de estilos de vida saludables para la prevención de

Diabetes mellitus como el **programa de prevención de la diabetes outcome study (DPPOS) en el año 2009** (18), demostrando la prevención o retardo de la diabetes a través del cambio de estilo de vida con la dieta y ejercicio. Así como varios estudios demuestran similares resultados en relación a utilidad y eficacia del estilo de vida saludable sobre la prevención de diabetes. Por eso es importante dar a conocer a la población que están actuando inadecuadamente en sus estilos de vida; debido a esto, en un futuro su salud se podría ver perjudicada.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las personas adultas previo diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 presentan un estilo de vida no saludable.
2. En relación a los factores biosocioculturales un poco más de la mitad son adultos entre 50 a 59 años, de sexo femenino, no presenta antecedente familiar de diabetes mellitus y son casados. La mayoría con grado de instrucción secundaria completa, ocupación ama de casa y comerciante, e ingreso económico menor de 100 soles. Por último se observa una predominancia de religión católica.
3. No existe relación significativa entre los factores socioculturales con el estilo de vida de la persona adulta al previo diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2.

## RECOMENDACIONES

1. Difundir los resultados de la presente investigación en el Hospital Hipólito Unanue, para promover y estimular la participación de la población en sesiones educativas sobre estilos de vida saludables.
2. Promover y realizar investigaciones en el área de la salud del adulto que contribuyan al mejoramiento del estilo de vida.
3. Se recomienda trabajar con los adultos con el fin de obtener estilos de vida saludables para que participen en los programas preventivos, enfatizando en cambio de los hábitos y costumbres de las personas adultas y de sus comunidades.
4. Realizar otros estudios de investigación en base a los resultados que permitan intervenir en la prevención de la Diabetes mellitus a través de la promoción de estilos de vida saludable.
5. Se recomienda hacer más investigaciones similares a este trabajo, en promedio de más años con el objetivo de establecer y/o probable relación entre estilos de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta previo al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en Tacna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. [Citado 2010 Ago. 20]. [5 páginas]. Disponible en: localizador uniforme de recurso [http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion\\_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)
2. Scielo – Scientific Electronic Library Online. CONCYTEC – PERU Calle del comercio 197 – San Borja Lima – Perú (Citado el 26 de Noviembre del 2008) Disponible desde el localizador uniforme de recurso <http://www.scielo.org.pe>
3. Ministerio de Salud “Lineamientos para la dirección general de las personas adultas mayores” 2005 (Citado el 26 de Noviembre del 2008) Disponible desde el localizador uniforme de recurso <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf>
4. Programa de prevención, detección y tratamiento de diabetes mellitus. Provincia De Tucumán, Dra. María Cristina Orellana Disponible en: : <http://www.diabetes.org.ar/docs/leyes/TUCUMAN.pdf>
5. Jean Claude Mbanya : Presidente de la Federación Internacional de Diabetes. FID - PLAN MUNDIAL CONTRA LA DIABETES 2011-2021, Disponible en:

<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

6. Consenso de Prediabetes - Documento de Posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Editores: Rosas Guzmán J., Calles J. Grupo de Trabajo: Friege F., Lara Esqueda A. Disponible en : <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/PREDIABETES.pdf>
7. Gobierno Regional Arequipa "Consejo Regional De Salud Arequipa" 2008-2015. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/PlanesRegionales/PRC\\_Arequipa.pdf](http://www.minsa.gob.pe/cns/Archivos/PlanesRegionales/PRC_Arequipa.pdf)
8. Ministerio De Salud - Dirección General De Epidemiología - Análisis De La Situación De Salud Del Perú - Agosto 2010. Dr. Carlos Enrique Martínez Paredes y colaboradores. Disponible en: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/analisis-de-situacion-de-salud-peru-ao-2010>
9. Maritza Huanca. Estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles. - Dirección regional de salud TACNA.
10. Prevalencia de Diabetes Mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana, Freddy Garcia, Jorge Calderon, Luis neyra y otros, Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/20551773/Prevalencia-de-diabetes-mellitus-y-factores-de-riesgo-relacionados>

11. Prevención Primaria de Diabetes Tipo 2, estado actual del conocimiento, FIDIAS: Foro Interdisciplinario sobre Diabetes en Argentina. Dr. Juan José Gagliardino (CENEXA). 2009 Disponible en: <http://www.fba.org.ar/institucional/novedades/Fasciculo%20FIDIAS-1.pdf>
12. Carolina Rivera Cervantes, Impacto de la Diabetes Mellitus en el Bienestar Socioeconómico de los Adultos Mayores. [tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Estadística]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2009. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica; 2009.
13. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la Promoción de Alimentación y Nutrición Saludable. Disponible desde el localizador uniforme de recurso: [www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,315,O,S,0,1733%3BS%3B1%3B134](http://www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,315,O,S,0,1733%3BS%3B1%3B134)
14. Modificación a la Norma Oficial Mexico NOM-015-ssa2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria. Para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM – 015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

15. Plan Integral De Diabetes Mellitus De Castilla-La Mancha 2007-2010.  
Dr. José Luis López Hernández  
<http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/PIDMCLM07.pdf>
16. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los servicios de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia; Tapia Zegarra, Gino Guillermo; Chirinos Cáceres, Jesús Luis\*; Tapia Zegarra, Lenibet Miriam. Disponible en :  
<http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/11-3/v11n3ao3.htm>
17. PREVENCIÓN DE DIABETES-MELLITUS TIPO 2, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Puerta del Mar, Cádiz. M. Aguilar. Disponible en :  
<http://www.sediabetes.org/resources/revista/00011810archivoarticulo.pdf>
18. PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2, DR. VERNER CODOCEO R. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2010; 21(5) 741-748]. Disponible en :  
[http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/741\\_748\\_Dr\\_Codoceo.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/741_748_Dr_Codoceo.pdf)
19. Navarro, O. Factores de riesgo Cardiovascular Su repercusión sobre Infarto de Miocardio y la Mortalidad. Instituto de Cardiología del

- Caribe. Disponible en:  
[http://www.cardiocaribe.com/newsite/folder/pacientes\\_factores\\_riesgo.htm](http://www.cardiocaribe.com/newsite/folder/pacientes_factores_riesgo.htm)
20. Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Idalina Diar Regla Carolino, Carlos Alexandre Molena-Fernandes y otros. Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril; Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_11.pdf)
21. Tejera J. Situación de un problema de salud por Marc Lalonde. [Monografía de internet]. [Citado 2010 Ago. 19]. [2 pantallas]. Disponible en localizador uniforme de recurso:  
<http://www.monografias.com/trabajos56/situacion-salud/situacion-salud.shtml>
22. Molina P. Los Estilo de Vida Saludables. [Documento de Internet] Colombia. [Citado 2010 Ago. 19]. Disponible desde: localizador uniforme de recurso <http://www.slideshare.net/NIKTY/estilos-de-vida-saludable-4489911>
23. Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "PROMOCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES". En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el DIA de MES de AÑO. Disponible en Internet <URL:<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>
24. Ortiz M. Bienvenido a la cocina Navarra. Alimentación y nutrición. [Portada en internet]. 2009. [Citado 2010 Ago. 22]. [Alrededor de 1

pantalla]. Disponible en localizador uniforme de recurso:  
<http://lacocinanavarra.lacoctelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>.

25. Prevención de la Obesidad y de la Diabetes Mellitus tipo 2. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Mérida, reimpresión, diciembre 2006. Autores: Eulalio Ruiz Muñoz, M<sup>a</sup> del Encinar Iglesias Sánchez(2), José Luis Ferrer Agualeles. Disponible en : <http://www.doredin.mec.es/documentos/00920062000038.pdf>
26. Licata M. La actividad física dentro del concepto salud. [Portada en internet]. 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en: localizador uniforme de recurso, <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>
27. Pinedo E. 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. 1998
28. Estefanero Y. Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal – [Tesis en internet]. Lima; 2006 [Citado 2010 Ago. 21]. [101 páginas]. Disponible en localizador uniforme de recurso: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:v->

7Ka8Snhq0J:www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/estefanero\_cy/pdf/estefanero\_cy.pdf+Estilos+de+vida+de+mujeres+en+la+etapa+posmenop%C3%A1usica+en+el+Instituto+Nacional+Materno+Perinatal&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEEStZgtnwzXxYP9UQxNt9f\_sc0f6EpoXhbi7kS-xKo0JLV66VZSxJ6zWzTRdPdIPO21-fBa269T2Vt1AFFRtsFazvLicd0wVcAeOY56jXQFCD4SEHhUTFtsg86gAMWi5AudEY9zQ&sig=AHÍtbRfc8LZor4vIAckvkOWO28\_LUWv-A

29. Periódico Electrónico. Artículo: Los ancianos que mantienen sus relaciones sociales activas tienen mejor memoria, según un estudio. Año 2008. <http://salud.abc.es/neurologia-psiQUIATRIA/junio08/anciano-socialmemoria.html>
30. Durán, C. Afectividad en el Adulto Mayor. [Artículo en internet]. Chile 2000. [Citado 2010 Ago. 26]. Disponible desde el: localizador uniforme de recurso <http://www.senama.cl/Archivos/1326.pdf>
31. Seguridad alimentaria; alimentaria. ht.m. Consultado en noviembre 18, 2008. Disponible desde el URL: [www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad](http://www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad)
32. Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. 2000. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en localizador uniforme de recurso: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>

33. Marriner, A y Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería Ed. Mosby; 5ta. ed. Barcelona, 2003.
34. Gonzales M. vivir solo. [informe en internet]. [Citado 2010 Ago. 27]. [5 páginas]. Disponible en localizador uniforme de recurso: [www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Gonzalez.doc](http://www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Gonzalez.doc).
35. Figueroa D. Seguridad alimentaria y familiar. [Revista en internet]. 2003. [Citado 2010 Ago. 27]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en localizador uniforme de recurso. [http://www.respyn.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad\\_alimentaria.htm](http://www.respyn.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad_alimentaria.htm)
36. Seguridad alimentaria; alimentaria. H.tm Consultorio en noviembre 18, 2008. Disponible desde el URL : [www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad](http://www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad)
37. Wikipedia, "edad". Wikipedia la enciclopedia libre: Diciembre del 2008. Disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Edad>
38. Centro para el mejoramiento de la sexualidad humana, Coral Springs, Florida, Estados Unidos. Disponible en: <http://www2.huberlin.de/sexology/ECS1/index1.htm>
39. Wikipedia, "Escolaridad", Wikipedia la enciclopedia libre: enero del 2009. Disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/>
40. Wikipedia, "Religion", Wikipedia la enciclopedia libre: enero del 2009. Disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Religion>

41. KCardich T. Nivel de instrucción. [Portal de internet]. 2004. [Citado 2010 Set. 5]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en: localizador uniforme de recurso [http://www.eustat.es/documentos/idioma\\_c/opt\\_0/tema\\_303/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html)
42. Wikipedia, "Ocupación". Wikipedia la enciclopedia libre: Diciembre del 2007. Disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ocupación>
43. Definición ABC. Una única en red. Publicado en Julio 8, 2009 por Cecilia en Economía. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
44. Roales, J. (2004). Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. España, Pirámide.
45. Cid, P; Merino, J y Stieповich, J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev. Méd. Chile Dic. 2006, VOL 134 nº 12 p 1491-1499 ISSN 0034-9887
46. Pérez C, y Bustamante S, Ajuste Social de la Mujer Educadora: Autoestima, Bienestar percibido y estilo de vida Promotor de Salud. Revista Peruana Enfermería, Investigación y desarrollo Vol.(2):1 Enero- Julio 1999
47. Castillo Gutiérrez, Carito Adela: estudio "Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Centro Poblado Villa María-

- Sullana, 2010". [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
48. Matilde Fernandez Ochoa: "Estilo de vida y Factores Biosocioculturales de la persona Adulta de la Asociación los Procederes, Tacna, 2010. [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
49. María Salomé Aguilar Arocutipa: "Estilo de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta de la asociación Villa Héroes del Cenepa. Tacna, 2010". [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
50. Fabiola Sadith Poma Oré: "Estilo de vida y factores biosocioculturales de la paersona adulta. Pachia. Tacna 2010". [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
51. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la Salud Sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1 pantalla]. Disponible en localizador uniforme de

recurso:

<http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>

52. Diccionario de cáncer, "antecedente familiar". Disponible desde el

URL: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=302456>

53. Wikipedia, "Estado civil". Wikipedia la enciclopedia libre: Diciembre del

2008. Disponible desde el URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/estado](http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil)

[\\_civil](http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil)

54. Wikipedia, "Ocupación". Wikipedia la enciclopedia libre: enero del

2009. Disponible desde el URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ocupaci3n>

55. Rempein H. Tratado de Psicología Evolutiva.. Cuarta Edición. Editorial Labor. España, 2002.

56. Papalia D. Wentkos S. Duskin F. Psicología del desarrollo, 9na. Ed.

Rialp. S.A. Madrid, 2005.

57. LAS HORMONAS Y USTED , Abbas E. Kitabchi, PhD, MD, Guillermo

Umpiérrez, MD, 2da edición Enero del 2009 – Disponible en:

<http://www.hormone.org/Spanish/upload/prediabetes-spanish-071309.pdf>

58. Marianne A. B. y colaboradores. Antecedentes familiares: una

oportunidad para intervenir precozmente y mejorar el control de la hipertensión, la obesidad y la diabetes". Artículo publicado en inglés en

el Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (4): 321–328.

Disponible en :  
<https://apps.who.int/bulletin/digests/spanish/number5/bu0302.pdf>

59. Elbagir MN et al. A population-based study of the prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in adults in northern, Sudan. *Diabetes Care*, 1996, 19: 1126–1128.
60. Rom H, Lamb R. *Psicología evolutiva y de la educación*. 6ta. Ed. Editorial: Paidós. Barcelona, 2002.
61. Martínez I. *La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, y la educación; segunda Edición; Editorial: científico técnico. Madrid, 2000.*
62. Ccusi A. Garcés C. *Estilos de vida y factores Biosocioculturales de la persona adulta del Distrito de Alto de la Alianza, Tacna. [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; ,2009.*
63. Llorca O. *Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del AA.HH. Nueva Esperanza de Chimbote. . [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.*
64. Mella, R, Gonzales, L. *Factores Asociadas al bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe y 13 n.1 Santiagomayo 2004. Disponible desde el localizador uniforme de recurso.*

:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282004000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282004000100007&script=sci_arttext)

65. Gonzales, A. Factores culturales y estilos de vida en el área rural de Huaraz. [Trabajo Monográfico]. Piura; 2005. Disponible en Universidad Cesar Vallejo.
66. Popul. V. Terapia Ocupacional, Editorial Panamericana, España 2006.
67. Gonzales, N. Influencias del estilo de vida sobre la calidad del envejecimiento. Lima. [Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerontología]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

# **ANEXOS**

**ANEXO N°1**  
**ESCALA DE ESTILO DE VIDA**  
AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Nº	ITEMS	CRITERIOS			
<b>ALIMENTACIÓN</b>					
1	Comía Ud. Tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. Consumía alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales frutas, carnes, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consumía de 4 a 8 vasos de agua al día.	N	V	F	S
4	Incluía entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escogía comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Leía ud. Las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>					
7	Hacía Ud. , ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. Realizaba actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>					
9	Usted identificaba las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresaba sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. Planteaba alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	V	F	S
12	Realizaba alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
<b>APOYO INTERPERSONAL</b>					
13	Se relacionaba con los demás.	N	V	F	S
14	Mantenia buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comentaba sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrentaba situaciones difíciles recibía apoyo de los demás.	N	V	F	S

<b>AUTORREALIZACIÓN</b>					
17	Se encontraba satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encontraba satisfecho con las actividades que realizaba.	N	V	F	S
19	Realizaba actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>					
20	Acudía por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud.	N	V	F	S
21	Cuando presentaba una molestia acudía al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Tomaba medicamentos solo prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Tomaba en cuenta las recomendaciones que le brindaba el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participaba en actividades que fomenten su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consumía sustancias nocivas: cigarro, alcohol y /o drogas.	N	V	F	S

#### **CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN**

NUNCA N =1

AVECES V=2

FRECUENTEMENTE F=3

SIEMPRE S=4

Ojo en el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario

N=4 V=3 F=2 S=1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100 puntos saludables

25 a 74 puntos no saludables

Está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera

Alimentación 1, 2, 3, 4, 5,6

Actividad y ejercicio 7,8

Manejo del estrés: 9, 10, 11,12

Apoyo interpersonal: 13, 14, 15, 16

Autorrealización 17, 18,19

Responsabilidad en salud 20, 21, 22, 23, 24,25

## ANEXO N°2

UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
CUESTIONARIO SOBRE FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA PERSONA ADULTA  
PREVIO DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

#### A) FACTORES BIOLÓGICOS

1. ¿Qué edad tenía usted?

- a) 30 a 39 años    b) 40 a 49 años    c) 50 a 59 años

2. Marque su sexo

- a) Masculino ( )    b) Femenino ( )

3. Antecedente familiar de Diabetes de Mellitus

- a) Sí    b) No

#### B) FACTORES CULTURALES

1. ¿Cuál era su grado de instrucción?

- a) Analfabeto    b) Primaria incompleta  
c) Primaria completa    d) Secundaria incompleta  
e) Secundaria completa    f) Superior incompleta  
g) Superior completa

2. ¿Cuál era su religión?

- a) Católico    b) Evangélico  
c) Adventista    d) Testigo de Jehová  
e) Mormón  
f) Otros.....

#### C) FACTORES SOCIALES

1. ¿Cuál era su estado civil?

- a) Soltero (a)  
b) Casado (a)  
c) Viudo (a)  
d) Conviviente  
e) Separado

2. ¿Cuál era su ocupación?

- a) Obrero (a)  
b) Empleado (a)  
c) Ama de casa  
d) Estudiante  
e) Comerciante  
f) otros.....

3. ¿Cuál era su ingreso económico?

- a) Menos de 100 nuevos soles ( )  
b) De 100 a 500 nuevos soles ( )  
c) De 600 a 1000 nuevos soles ( )  
d) De 1000 a mas nuevos soles ( )