

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO

ESCUELA DE POST GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS
ADULTOS DE TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO. AÑO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN CIENCIAS
DE LA SALUD**

TESISTA

Mg. ROJAS IBÉRICO PAULA

HUÁNUCO, PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por inspirarme a continuar superándome como persona y profesional; por su apoyo emocional y estímulo.

AGRADECIMIENTO

A nuestro señor todo poderoso, por la vida y salud que me permitieron continuar con mis estudios.

A mis maestros de esta prestigiosa universidad Hermilio Valdizán de Huánuco por sus enseñanzas y experiencias que significaron de gran importancia en mi desempeño académico.

A mi asesor, por darme los instrumentos necesarios para introducirme en el mundo de la investigación, contagiarme su interés hacia la misma y por su dedicación en todo este proceso de investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo:

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los cambios de estilo de vida con la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

Hipótesis: La capacidad funcional está relacionado a los cambios de estilo de vida de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus.

Variables: Cambios de estilos de vida y capacidad funcional.

Método: Deductivo

Diseño: Descriptivo correlacional

Resultados: Edad media 64 años; el género femenino 53,3%; el índice de masa corporal obesidad I. Clínica de la diabetes mellitus patología agregada. Capacidad funcional en las dimensiones de las alteraciones de la función cardiaca y vascular del 19%, hospitalización 10%; frecuencia de consultas 50% y percepción de la salud adecuada el 80%. cambios en los estilos de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación saludable, descanso, recreación constante, medicación, actividad física, trabajo y consumo de sustancias tóxicas en los adultos de la tercera edad, todas las actividades lo realizan es más del 50% como parte del programa de control de diabetes.

Estadística: Chi cuadrado de asociación calculado 24,532 mayor que el chi cuadrado tabular que es 0,459. Con 1 grado de libertad y el IC del 95%. El valor P es menor de 0,5.

Conclusión: Los cambios de estilo de vida están relacionados a la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

Palabras clave: *Estilos de vida, capacidad funcional, tercera edad*

SUMMARY

This research was:

Objective: To determine the relationship between changes in lifestyle with the functional capacity of older adults with type 2 diabetes mellitus treated at health facilities Huanuco . 2015.

Hypothesis: The functional capacity is related to changes in lifestyle of older adults with diabetes mellitus.

Variables: Changes in lifestyles and functional capacity.

Method: Deductive

Design: Descriptive correlational

Results: Average age 64; the female 53.3%; the BMI obesity I. Clinical pathology of diabetes mellitus added. Functional capacity in the dimensions of the alterations in cardiac and vascular where 19%, 10% hospitalization; 50% frequency of visits and appropriate health perception 80%. Changes in lifestyles in the dimensions of personal hygiene, healthy eating, rest, constant recreation, medication, physical activity, work and substance abuse in older adults, all activities performed at more than 50% as part of diabetes management.

Statistics: Chi square association calculated higher than 24.532 tabular chi square is 0.459. With 1 degree of freedom and 95%. The P value is less than 0.5.

Conclusion: The lifestyle changes are related to the functional capacity of older adults with type 2 diabetes mellitus treated at health facilities Huanuco. 2015

Keywords: *Lifestyles, functional capacity, seniors*

RESUMO

Esta pesquisa foi:

Objetivo: Determinar a relação entre as mudanças no estilo de vida com a capacidade funcional dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 tratados nas unidades de saúde Huanuco. De 2015.

Hipótese: A capacidade funcional está relacionada com mudanças no estilo de vida de adultos idosos com diabetes mellitus.

Variáveis: Mudanças no estilo de vida e capacidade funcional.

Método: dedutivo

Desenho: descritivo correlacional

Resultados: A idade média de 64; 53,3% do sexo feminino; o IMC obesidade I. patologia clínica de diabetes mellitus acrescentou. capacidade funcional nas dimensões das alterações da função cardiovascular, de 19%, 10% de hospitalização; frequência de 50% das visitas e da percepção de saúde adequados 80%. mudanças no estilo de vida nas dimensões de higiene pessoal, alimentação saudável, descanso, constante recreação, medicação, atividade física, trabalho e abuso de substâncias em adultos, idosos, todas as atividades é realizada é mais do que 50% como parte do programa de controle de diabetes.

Estatísticas: associação qui-quadrado calculado 24,532 tabular maior do que o qui-quadrado é 0.459. Com um grau de liberdade e 95%. O valor P é menos do que 0,5.

Conclusão: As mudanças de estilo de vida estão relacionados com a capacidade funcional dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 tratados nas unidades de saúde Huanuco. 2015

.Palavras-chave: Estilo de vida, capacidade funcional, os idosos

INTRODUCCIÒN

La diabetes mellitus tipo 2 se define como una afección metabólica, de carácter permanente, de origen heterogéneo y multicausal que impide la normal utilización de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esto ocasiona un aumento de glucosa en sangre, que puede dañar gravemente los órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios.

La principal dificultad en la atención del paciente diabético continúa siendo la falta de educación hacia un estilo de vida y una actitud favorable hacia la enfermedad, lo cual solo puede lograrse mediante estrategias educativas; partiendo de la atención primaria.

La modificación de ciertos aspectos de la vida de la persona con diabetes mellitus como el peso, consumo alimentario y la práctica de actividad física es un potencial significativo en la reducción del riesgo de complicaciones; estos cambios en los estilos de vida de las personas es indispensable para mejorar la calidad de vida y aumentar la sobrevida de estas personas; ya que la diabetes mellitus constituye un factor de riesgo de otras afecciones, como las patologías cardíacas, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y retinopatía, las cuales pueden prevenirse mediante el control de la patología, siendo esta la medida más importante y menos costosa, para reducir la morbilidad y mortalidad

Hay que considerar que el Ministerio de salud desde el año 2004 ha establecido el Programa del adulto mayor, dirigido a mejorar la calidad de vida de esta población, frente a una serie de patologías que se asocian con el avance de la edad. Los objetivos de control de las diferentes asociaciones contemplan los diferentes factores de riesgo cardiovascular considerando la presencia de diabetes como presencia de enfermedad cardiovascular silente; sin embargo, en los pacientes de la tercera edad el objetivo establecido es la ausencia de complicaciones agudas, sin tener en cuenta la heterogeneidad de la población geriátrica en relación con su funcionalidad y teniendo en cuenta únicamente el factor cronológico, por lo que se discrimina en la atención y la prevención de complicaciones por un desconocimiento de las peculiaridades y la variabilidad de esta población. Las diferentes afecciones crónicas constituirán problemas emergentes que requieren de unos conocimientos sobre las modificaciones que condiciona el proceso de envejecimiento y las formas de enfermar específicas.

La diabetes es un marcador de deterioro funcional y de riesgo de enfermedad cerebrovascular; está implicada en la producción de deterioro cognitivo y de trastornos depresivos. En estudios epidemiológicos, se demuestra la relación existente entre la presencia de diabetes y su influencia en hospitalizaciones, institucionalización y mortalidad; y secundariamente, el padecimiento lleva inexorablemente a un empeoramiento de la percepción de la calidad de vida de estos sujetos, por lo que su prevención, control y seguimiento se hace indispensable.

Por lo que la investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre de los cambios de estilo de vida con la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco durante el año 2015.

Para el estudio, en su conjunto, se ha establecido el siguiente esquema: En el Capítulo I, se plantea y formula el problema de investigación, las hipótesis y variables, del mismo modo, se considera los objetivos, la justificación, importancia y limitaciones. En el Capítulo II, se desarrolla el Marco Teórico, sobre el que se desenvuelve el fenómeno social investigado. En el Capítulo III, la metodología y las técnicas, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación. En el IV Capítulo, se presenta los resultados. En el Capítulo V, se presenta la discusión de los resultados y aporte científico; Finalmente se expone las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Summary	vii
Introducción	vii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción del problema.	1
1.2. Formulación del problema:	4
1.2.1. problema general:	4
1.2.2. problemas específicos:	5
1.3. Objetivo general y específicos:	5
1.3.1. objetivo general:	5
1.3.2. objetivos específicos:	5
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis:	6
1.4.1. hipótesis general:	6
1.4.2. hipótesis secundaria:	7
1.5. Variables:	9
1.5.1. variable independiente	9
1.5.2. variable dependiente	9
1.5.3. Operacionalización de variables	10
1.6. Justificación e importancia	11
1.7. Viabilidad	11
1.8. Limitaciones	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la investigación	13
2.2.	Base teórica o teoría que sustenta	19
2.3.	Bases filosóficas	29
2.4.	Definiciones conceptuales	29
2.5.	Bases epistémicas	30
2.6.	Bases antropológicas	31

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1.	Tipo y nivel de investigación	37
	3.1.1. Tipo de investigación	37
	3.1.2. Nivel de investigación	37
3.2.	Diseño y esquema de investigación	38
3.3.	Población y muestra	38
	3.3.1. Población:	38
	3.3.2. Muestra:	39
	3.3.3. Muestreo	39
3.5.	Definición operativa de los instrumentos de recolección de datos.	39
3.6.	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.	40

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA N° 1: Características generales de acuerdo al cambio de estilo de vida en la capacidad funcional de los adultos de tercera edad con diabetes mellitus. Establecimientos de salud de Huánuco. AÑO 2015.	42
TABLA N° 2 : Frecuencia de edad	43
TABLA N° 3: Frecuencia de género	45
TABLA N° 4 : Frecuencia de edad del diagnóstico	46
TABLA N° 5 : Frecuencia del índice de masa corporal	47
TABLA N° 6 : Características de la clínica de diabetes mellitus de acuerdo al cambio de estilo de vida en la capacidad funcional de los adultos de tercera edad. Establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.	48
TABLA N° 7 : Síndromes geriátricos	50
TABLA N° 8 : Nivel de glucosa	51
TABLA N° 9 : Estadísticos del Nivel de glucosa	52
TABLA N° 10: Alteraciones de la capacidad funcional de la población en estudio de acuerdo a la dimensión de alteración cardiaca y vascular de los adultos de tercera edad con diabetes mellitus. Establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.	53
TABLA N° 11: Hospitalización	54
TABLA N° 12: Frecuencia de controles	55
TABLA N° 13: Percepción de la salud	56
TABLA N° 14: Cambios en los estilos de vida en la dimensión de higiene personal en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus.	57

Establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

TABLA N° 15: Alimentación sana	58
TABLA N° 16: Descanso adecuado	59
TABLA N°17: Recreación constante	60
TABLA N° 18: Administración de medicamentos	61
TABLA N° 19: Actividad Física	62
TABLA N° 20: Estilo de vida de trabajo	63
TABLA N° 21 Consumo de sustancias Tóxicas	64
TABLA N° 22: Estilos de vida	65
CUADRO N° 1: Capacidad funcional, dimensión alteración cardiaca y vascular en relación al estilos de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas	66
CUADRO N° 2: Capacidad funcional, dimensión hospitalizaciones en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas	67
CUADRO N° 3: Capacidad funcional, dimensión frecuencia de consultas en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas	68
CUADRO N° 4: Capacidad funcional, dimensión percepción de salud en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas	69
CUADRO N° 5: Resultados de la prueba de hipótesis mediante la	

prueba de chi cuadrado de asociación	70
--------------------------------------	----

CAPÍTULO V

5.1. Discusión de resultados	71
------------------------------	----

CONCLUSIONES	71
---------------------	----

SUGERENCIAS	75
--------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	76
---------------------	----

ANEXOS	81
---------------	----

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo; se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de la deficiencia de la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas¹. El incremento en su prevalencia desde hace dos décadas se asocia principalmente a estilos de vida no saludables en alimentación y actividad física y al aumento en la esperanza de vida².

Actualmente se considera un problema de salud pública a nivel mundial y se proyecta que el número total de personas con esta enfermedad podría ascender de 171 millones estimados en el 2000, hasta 366 millones para el 2030³.

El comportamiento mundial y regional de la diabetes mellitus en las últimas décadas muestra un carácter epidémico vinculado con la mayor exposición a factores de riesgo (hábitos nutricionales no saludables, sedentarismo, obesidad) casi siempre relacionados con el estilo de vida de la sociedad contemporánea, el aumento de la expectativa de vida, y otros factores epidemiológicos, demográficos y genéticos. Se calcula que para el año 2025 el

número de personas con diabetes mellitus se duplique y que el 6,1 % de la población mundial viva con esta patología⁴.

De acuerdo a la historia natural de la diabetes puede reconocerse distintos momentos en los que se puede recolectar información con fines de intervención, ya sea para prevención primaria, secundaria o terciaria. El primer momento, la identificación de población sana, pero con factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2, importante para la prevención primaria, un segundo momento relacionado con aparición de la enfermedad dirigido a la prevención de las complicaciones macro y microvasculares (Prevención secundaria) y un tercer momento en los diabéticos con complicaciones con fines de reducir la mortalidad (Prevención terciaria).

Los datos obtenidos por la Dirección General de Epidemiología a través de los estudios poblacionales FRENT (Prevalencia de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles) evidencian que la población tanto de ciudades de la Costa como de la Sierra presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo siendo los principales la hipertrigliceridemia (31%-38%), colesterol LDL elevado (26%-39%), el sobrepeso (35%-38%), obesidad (18%-22%), hipertensión arterial (10.0%-22%). Para todos aquellos factores, la intervención más importante es la promoción de estilos de vida saludables en la población, orientados a la prevención de la diabetes y de otras enfermedades crónicas. También es importante la prediabetes ya que las personas que la presentan pueden beneficiarse de intervenciones farmacológicas.

La Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes muestra que si bien es cierto se presentan casos desde la tercera y cuarta década de la vida la mayor frecuencia de casos se presentan entre los 50 y 69 años de edad, una característica de este grupo de pacientes, es el pobre control glicémico y la pobre adherencia al tratamiento el cual es frecuente a pesar de recibir manejo especializado. Es por ello que es necesario fortalecer las intervenciones basadas en la educación de los pacientes que les permita modificar sus conocimientos y actitudes frente al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico con fines de prevenir las complicaciones macro y microvasculares. Las complicaciones crónicas derivadas de la hiperglicemia ensombrecen el pronóstico, deterioran la calidad de vida y conllevan a la muerte de los pacientes; además, representan un costo muy elevado en insumos y en procedimientos especializados (hemodiálisis, cirugía, rehabilitación) para los servicios de salud⁵.

El Ministerio de Salud, en concordancia con los Lineamientos de Política del Sector y con el Plan Nacional para las personas adultas mayores, consideradas desde los 60 años a más, ha implementado la Atención Integral para este grupo poblacional desde junio del 2004; sin embargo aún se encuentra incipiente su implementación en los establecimientos de salud; ya que no cuenta con un presupuesto específico para su desarrollo, el cual, los últimos años se ha ido implementando con los materiales y bienes con que cuenta cada establecimiento de salud y la dedicación de los recursos humanos; es así que los establecimientos de salud de Huánuco han ido implementándose y captando la población adulta mayor para su control y mejora de la calidad de vida; haciendo uso de los medios con que cuenta para

el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos haciendo énfasis en la atención primaria y fortaleciendo el autocuidado de las enfermedades crónicas más comunes como hipertensión, diabetes, entre otros.

El autocuidado, se vuelve esencial en las personas que sufren de diabetes mellitus, para mantener y mejorar su salud, pero al mismo tiempo representa un reto constante tanto para el individuo con la enfermedad, como para el personal de salud⁶. Los profesionales de la salud que participan en el cuidado de las personas con diabetes, deben tener experiencia y especial interés para motivarlos a asumir un papel activo en su cuidado; específicamente el personal de enfermería debe facilitar la adquisición de habilidades y la práctica de medidas de autocuidado; por lo cual nos llevó a plantearnos la siguiente interrogante.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre los cambios de estilo de vida con la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015?

Problemas Específicos:

1. ¿Cuáles son los datos de edad, género e índice de masa corporal de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015?

2. ¿Cuáles son las características clínicas de la diabetes mellitus en los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015?
3. ¿Cómo es la capacidad funcional en las dimensiones de alteraciones de la función cardíaca y vascular, hospitalización, control y percepción de la salud en los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015?
4. ¿Cuáles son los cambios en los estilos de vida en las dimensiones de la higiene personal, alimentación saludable, descanso, recreación constante, medicación, actividad física, trabajo y consumo de sustancias tóxicas en los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015?

1.3 OBJETIVOS

General

Determinar la relación que existe entre de los cambios de estilo de vida con la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

Específicos

1. Caracterizar los datos de edad, género e índice de masa corporal de la población objeto de estudio
2. Caracterizar la clínica de la diabetes mellitus en la población objeto de estudio
3. Identificar la capacidad funcional en las dimensiones de las alteraciones de la función cardíaca y vascular, hospitalización, frecuencia de consultas y

percepción de la salud en los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015

4. Identificar los cambios en los estilos de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación saludable, descanso, recreación constante, medicación, actividad física, trabajo y consumo de sustancias tóxicas en los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 Hipótesis general

H_0 : La capacidad funcional no está relacionado a los cambios de estilo de vida de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

H_1 : La capacidad funcional está relacionado a los cambios de estilo de vida de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

1.4.2 Hipótesis secundarias

Hipótesis secundaria 1

$H_{s1.0}$: La capacidad funcional en la dimensión alteraciones de la función cardíaca y vascular no está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene

personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

H_{s1.i}: La capacidad funcional en la dimensión alteraciones de la función cardíaca y vascular está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

Hipótesis secundaria 2

H_{s2.0}: La capacidad funcional en la dimensión hospitalizaciones no está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

H_{s2.i}: La capacidad funcional en la dimensión hospitalizaciones está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de

vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco.

Año 2015.

Hipótesis secundaria 3

H_{S3.0}: La capacidad funcional en la dimensión frecuencias de consulta no está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

H_{S3.i}: La capacidad funcional en la dimensión frecuencias de consulta está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco.

Año 2015.

Hipótesis secundaria 4

H_{S4.0}: La capacidad funcional en la dimensión percepción de la salud no está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana,

descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

H_{s4.i}: La capacidad funcional en la dimensión percepción de la salud está relacionado a los cambios de estilo de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo y consumo de sustancias tóxicas de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

1.5 VARIABLES:

1.5.1 Variable Independiente:

Cambios de estilos de vida

1.5.2 Variables Dependientes:

Capacidad funcional

1.5.3 Interviniente:

- Edad
- Género
- Índice de masa corporal

1.5.4 Operacionalización de variables:

Variables independientes	Dimensión	Indicadores	Tipo-valor	Escalas
Estilos de vida	Higiene personal	Realiza	Cualitativas	Nominal
		No realiza		
	Alimentación saludable	Realiza		
		No realiza		
	Descanso	Realiza		
		No realiza		
	Recreación constante	Realiza		
		No realiza		
	Medicación	Realiza		
		No realiza		
	Actividad física constante	Adecuado		
		No adecuado		
	Estilo de vida en el Trabajo	Adecuado		
		No adecuado		
Consumo de sustancia tóxicas	Si			
	No			
	No			
Variable dependiente	Dimensión	Indicadores	Tipo-valor	Escalas
Capacidad funcional	Alteraciones de la función cardíaca y vascular	Presente	Cualitativas	Nominal
		Ausente		
	Hospitalizaciones	Si		
		No		
	Frecuencia de consultas De control : una vez por mes	Aumentado		
		De control		
	Percepción de salud	Adecuada		
		No adecuada		

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente trabajo se justificó por las siguientes razones:

- ✓ Porque en el ámbito local existen pocas investigaciones de esta índole, permitiendo conocer la situación de salud de la diabetes mellitus para incentivar la adecuada implementación de los programas en los establecimientos de salud del MINSA y a la vez tomar acciones de promoción y prevención en la disminución de las complicaciones de esta patología. Los resultados de la investigación permitieron obtener datos de los cambios que produce el programa desarrollado en los establecimientos de salud, aun con la poca implementación con que cuenta, en la población de la tercera edad que son una población que se encuentran en un periodo de fragilidad y deterioro de la salud si no se practican hábitos de vida saludable y autocuidado, de tal forma que se mejorara el cuidado del adulto mayor desde el primer nivel de atención hasta los centros de salud de mayor complejidad.

- ✓ A la Investigadora interesada en el tema, porque los resultados permitieron medir la importancia de las actividades que se vienen desarrollando en el primer nivel de atención que son específicas en la prevención y Promoción de mencionada patología que va en aumento en los indicadores de salud y cuyas complicaciones van en desmedro de la población afectada.

1.7 VIABILIDAD

El proyecto fue viable y factible porque los datos fueron recolectados con los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus que son atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

1.8 LIMITACIONES

No se encuentran limitaciones de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Tessier, Ávila Funes y Aguilar Navarro⁷ (Canadá, 2010), realizaron la investigación Diabetes y cambios en el estado funcional de los ancianos: ¿Una realidad? Con el objetivo de mostrar que la diabetes aumenta el riesgo de problemas en la los ancianos; a lo cual indicaron que La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en la población anciana. El concepto de autonomía está ligado a un equilibrio entre las alteraciones observadas en las actividades de la vida diaria y la disponibilidad de recursos para compensar estas discapacidades. En la evolución de la DM, las complicaciones micro y macro vasculares se observan comúnmente. El impacto de estas complicaciones suele ser proporcional a la duración de la enfermedad y la calidad del control glucémico. Las alteraciones visuales y la insuficiencia renal progresiva (que usualmente requiere tratamiento de sustitución de la función renal, específicamente, hemodiálisis) tienen un impacto significativo sobre el estado funcional en el paciente de edad avanzada que vive en países desarrollados como Canadá. Las alteraciones de la función cardíaca y la enfermedad vascular periférica, que en última instancia puede conducir a la amputación de miembros inferiores, también dan lugar a una reorganización profunda de la capacidad del paciente de edad avanzada para realizar actividades rutinarias de la vida diaria. La presencia de diabetes mellitus parece ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y demencia.

Larrea Sánchez, María Sol⁸ (Ecuador, 2008) realizó la investigación titulada Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo – utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS en el período marzo 2006 – diciembre 2007 ; con el objetivo de demostrar la relación costo eficiencia de la realización de un programa de educación para pacientes diabéticos que mejore el control metabólico y la calidad de vida de los mismos. Se realizó un estudio cuasi experimental en una población de cien personas (n=100) distribuidas en dos centros de Atención Ambulatoria del IESS: Chimbacalle (n=80) y Suroccidental (n=20). Se seleccionaron hombres (25%) y mujeres (75%) comprendidos entre 40 y 80 años, con una media = 63 años; mediana= 64 años y moda = 52 años, participantes del club de diabéticos de estos centros de atención y con movilidad e independencia. Se realizó una encuesta previa de conocimientos, actitudes y prácticas, además de una consulta externa para la evaluación del estado nutricional, situación alimentaria y estilo de vida. Se realizó un cronograma de 16 charlas semanales desde octubre del 2006 hasta marzo 2007 que abarcan desde conocimientos teóricos sobre la diabetes hasta talleres prácticos de cómo realizar preparaciones apropiadas. Luego de la intervención se pudo observar que los conocimientos sobre su propia enfermedad incrementaron en un 36% (p=0,00), los cambios conductuales y prácticas saludables tuvieron diferencia significativas en especial a lo que se refiere a cumplimiento de la dieta (p=0,00) y actividad física (p=0,04). Por otro lado, a pesar de que los cambios de estado nutricional no resultaron estadísticamente significativos, el cambio en el valor de glicemia mostró significancia estadística (p=0,008). Los resultados del análisis costo utilidad para pacientes no insulino dependientes

demonstraron ratios medios de \$831,29 dólares y \$762,87 dólares al comparar el tratamiento de diabetes sin intervención educativa y con educación respectivamente y un ratio incremental de \$246,84 dólares. Para pacientes no insulino dependientes el ratio medio para el tratamiento sin educación fue de \$796,97 y con educación de \$762,87, el ratio incremental para este grupo resultó de \$505,67 dólares. Por lo que se concluyó que la creación de un programa de educación para diabetes de carácter nacional ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de la enfermedad y con ello se elevará los años de vida ajustados por calidad permitiendo tener resultados costo eficientes a mediano y largo plazo.

Muñoz Reyna, Ocampo Barrio y Quiroz Pérez⁹ (México, 2007); realizaron la investigación titulada Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. Objetivo: Comparar el nivel de glucosa e índice de masa corporal entre personas diabéticas tipo 2 que asisten o no asisten a grupos de ayuda mutua. Material y métodos: Estudio observacional, transversal, comparativo. Entre septiembre y diciembre de 2004 se entrevistó al total de personas diabéticas (22) que asistieron a grupos de ayuda mutua de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México. Por cada paciente de este grupo se ingresaron cuatro de las mismas características (88) y quienes no asistieron a grupos de autoayuda. Se promediaron las tres últimas glucosas registradas y se determinó el índice de masa corporal (IMC). Para identificar diferencias entre los grupos se utilizó prueba U de Mann Whitney. Resultados: La muestra se integró por 110 personas con diabetes. La edad promedio del grupo de ayuda mutua fue de 68.7 años, el

promedio de la glucosa fue de 169.39 mg/dl y del IMC de 28.71. En el grupo sin asistencia a grupos de autoayuda la edad promedio fue de 62.3 años y el promedio de la glucosa fue de 162.50 mg/dl y de IMC de 28.36. Concluyendo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles glucemia e IMC entre los pacientes de grupos de ayuda mutua y los pacientes que no asistían a estos grupos.

Alaba Trueba, Javier¹⁰ (España 2007) realizó la investigación Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica institucionalizada con el objetivo de describir el perfil clínico de la diabetes mellitus (DM) en población geriátrica institucionalizada, sus complicaciones crónicas y su percepción de la calidad de vida. Utilizó un estudio descriptivo, transversal. En el grupo sin deterioro cognitivo se determinó la calidad de vida percibida con el cuestionario COOP-WONCA y su riesgo cardiovascular con la escala de Framingham. Se establecieron comparaciones con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Los resultados evaluaron a 190 pacientes con una edad media \pm desviación estándar de $83,1 \pm 8,2$ años; un 76,8% eran mujeres. El 50,5% presentaba una dependencia grave y el 57,0% cumplía criterios de demencia. La prevalencia de diabetes mellitus fue del 27,4%, de predominio en mujeres mayores de 80 años; 11 casos adicionales presentaban glucemia basal alterada (110-125 mg/dl). Entre los pacientes con diabetes mellitus existe mayor asociación con hipertensión y complicaciones vasculares, así como de incontinencia urinaria y sobrepeso. En un 65% los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1C) fueron $< 7\%$ y el tratamiento fundamental se realizó con antidiabéticos orales. El riesgo cardiovascular es alto o muy alto en la población institucionalizada con diabetes mellitus. Los

pacientes diabéticos sin deterioro cognitivo presentan una mejor percepción de salud que los no diabéticos ($p < 0,05$). Concluyendo que la diabetes mellitus en la población geriátrica institucionalizada tiene una alta prevalencia. Es fundamental realizar una valoración geriátrica integral para evaluar los riesgos potenciales y mantener, en lo posible, la calidad de vida de estos pacientes.

Compeán Ortiz, Lidia¹¹ (España, 2006) realizó el estudio Autocuidado en adultos con diabetes tipo 2: influencia de la memoria y el aprendizaje; con el propósito de explorar la relación de la memoria y el aprendizaje con las prácticas de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2 y el efecto de la edad, duración de la diabetes, hipertensión arterial, años de educación, control metabólico y uso de estrógenos en los niveles de memoria-aprendizaje. Los conceptos de autocuidado y capacidades de autocuidado de la teoría de Orem guiaron la investigación, proponiéndose el constructo de memoria-aprendizaje como un componente de poder necesario para llevar a cabo las operaciones de autocuidado. Se utilizó muestreo aleatorio simple con un tamaño de muestra de 105 participantes, el cual se determinó con un 95% de confianza, una potencia de 82% para una correlación en la hipótesis alternativa principal de 0.25. En la recolección de información se utilizó una cédula de datos para antecedentes clínicos, el Cuestionario de Acciones de Autocuidado y el Cuestionario del Perfil del Cuidado. Se utilizó un podómetro New Life Style-2000 para medición de actividad física como parte del autocuidado. Se utilizó el AUDIT para estimar consumo de alcohol y la versión en español de la Escala de Memoria de Wechsler para memoria-aprendizaje, así como las pruebas de Trazos A y Trazos B para medir atención,

concentración y asociación. Para el análisis de los datos se calcularon correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal múltiple. Concluyendo que no se encontraron relaciones significativas entre la memoria-aprendizaje general y el autocuidado ($p > .05$). Sin embargo, al realizar los análisis por pruebas cognitivas, la memoria-aprendizaje no verbal inmediata se relacionó positivamente con el autocuidado en medicamentos ($r_s = .239$, $p = .017$); y la memoria aprendizaje verbal posterior con la actividad física ($r = .196$, $p = .04$). Se sustentan estos tipos de memoria como componentes de poder dentro de la teoría de Orem que permiten llevar a cabo estas acciones específicas. La educación recibida en diabetes y comprensión de la misma moderaron la relación de la memoria-aprendizaje y el autocuidado; se encontró que éstas predicen la correlación entre todos los tipos de memoria (cinco), atención, y concentración con el autocuidado en dieta, monitoreo y medicamentos. Se sustentan estas dimensiones de la memoria-aprendizaje como componentes de poder relacionados con dieta y monitoreo moderadas por la educación recibida en diabetes y la comprensión de la misma, las que pueden tipificarse como capacidades estimativas. La edad predijo menores puntajes en la memoria-aprendizaje no verbal inmediata y posterior, así como menor desempeño en atención y concentración; más años de educación predijeron mejor desempeño cognitivo en la mayoría de las dimensiones de la memoria-aprendizaje, atención y concentración. Niveles bajos de HbA1c fueron predictores de mejor desempeño cognitivo en el reconocimiento verbal demorado.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Autonomía y estilos de vida saludable en la tercera edad El envejecimiento constituye un factor de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2. La presencia de esta enfermedad está asociada igualmente a una disminución de la esperanza de vida. En la historia natural de esta patología, la aparición de complicaciones como, por ejemplo, pérdida de agudeza visual, pueden estar asociadas a cierto nivel de pérdida funcional. Esta pérdida frecuentemente es acumulativa y debe ser evaluada por un conjunto de profesionales, quienes pondrán en marcha una serie de servicios de salud para intentar minimizar las potenciales situaciones de minusvalía. Debido a la trascendencia del tema, este artículo revisará las principales situaciones clínicas asociadas con la diabetes que pueden estar relacionadas con pérdidas funcionales en el Adulto Mayor.

Autonomía¹²

El concepto de autonomía y de pérdida de la autonomía está apoyado en la definición funcional de la enfermedad. El marco teórico de la Organización Mundial de la Salud propone los conceptos de deficiencia, incapacidad e invalidez. La incapacidad representa las consecuencias de la deficiencia de un órgano o de un sistema sobre el funcionamiento del individuo en términos de limitación funcional o de restricción de las actividades. La minusvalía es la brecha o intervalo entre la discapacidad del individuo y los recursos materiales y sociales de los cuales dispone para paliar esas discapacidades.

Mientras mayor sea la brecha entre los recursos disponibles y las necesidades de las personas, mayor es la probabilidad de que el individuo esté en una situación de desventaja funcional. El nivel de minusvalía está relacionado a las necesidades funcionales de un individuo en su medio.

La autonomía descansa sobre el equilibrio entre, por una lado, discapacidades físicas y mentales y, por otro, recursos materiales y sociales de los cuales el individuo puede disponer. Permanecer en el domicilio es posible cuando las necesidades básicas de la persona adulta mayor están satisfechas en su propio medio. Existen numerosas escalas para la medición de la autonomía funcional del Adulto Mayor. Normalmente, estas escalas miden los niveles de autonomía en diferentes dominios:

Necesidades directas de la persona (higiene, vestido, etc.). Actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, administrar las finanzas, etc.).

Una escala cualitativa puede determinar en cada uno de estos dominios, si el individuo es total o parcialmente autónomo o totalmente dependiente para ciertas necesidades. El resultado de estas mediciones puede generar un puntaje de discapacidad pero, aún más importante, es el inventario de las necesidades que surgieron como resultado de la evaluación, lo que puede orientar sobre las intervenciones que el equipo geriátrico necesita implementar para responder a las necesidades del individuo y de su entorno. Por ejemplo, un paciente diabético puede necesitar de ciertas adaptaciones si es que la pérdida de la visión pudiera interferir en la auto-monitorización de sus glucemias capilares. En este mismo caso, si

conducir un auto no fuera posible, debe identificarse el mejor medio de transporte para que este paciente asista a sus citas con el médico o realice sus compras.

El ambiente social es un determinante importante de la autonomía del Adulto Mayor: la existencia de una pareja relativamente sana, la presencia de hijos que vivan cerca y la proximidad de distintos servicios básicos son puntos clave que permiten responder de la manera más rápida y apropiada a las necesidades de la persona anciana.

2.2.2 Capacidad funcional en pacientes diabéticos de la tercera edad Es

evidente que la hipoglucemia y la hiperglucemia grave así como las infecciones agudas son causas reversibles de una pérdida súbita de la autonomía.

Las complicaciones crónicas de la diabetes son frecuentes en el Adulto Mayor. En este contexto, el equipo médico y paramédico está frecuentemente en una situación de compensar ciertas situaciones de minusvalía. En un artículo reciente, un análisis comparativo entre pacientes ancianos diabéticos y no diabéticos, descubrió que el grupo con diabetes tenía mayor afectación funcional que el grupo no enfermo. Las causas de las pérdidas funcionales fueron probablemente múltiples, interrelacionadas y acumulativas¹³.

Las complicaciones de la diabetes tradicionalmente se clasifican en micro y macrovasculares.

Complicaciones microvasculares

Este tipo de complicaciones incluye a la retinopatía, la nefropatía y las diferentes variantes de la neuropatía diabética. Es evidente que la

visión es un determinante importante de la autonomía del Adulto Mayor para el conjunto de sus necesidades cotidianas. La pérdida significativa de la agudeza visual lleva siempre al deterioro funcional. La retinopatía diabética es una causa frecuente de la disminución de la agudeza visual en la población de ancianos. El principal factor de riesgo para la retinopatía diabética es la duración de la enfermedad y la presencia de hipertensión arterial.³ La diabetes mellitus es la causa más frecuente de ceguera en la población entre 20 y 74 años. En la fase más avanzada de la retinopatía diabética, los vasos retinianos pueden proliferar (fase proliferativa de la RD). Esta neo-vascularización de la retinopatía diabética puede romperse y causar hemorragias pre-retinianas o en el humor vítreo. Los pacientes diabéticos tienen también una mayor incidencia de glaucoma y de cataratas que pueden contribuir a una mayor disminución de la visión. Un buen control glucémico y de la tensión arterial pueden retrasar la aparición de la retinopatía diabética. Por estas razones, la evaluación regular por un oftalmólogo es pertinente en el seguimiento del paciente diabético¹⁴.

En la población general, la nefropatía diabética (ND) es la principal causa de insuficiencia renal terminal que necesita diálisis y los adultos mayores son el grupo que más rápidamente crece. El diagnóstico de la nefropatía diabética en el Adulto Mayor sigue los mismos criterios que el adulto joven. La nefropatía diabética inicialmente se presenta con microalbuminuria (proteinuria de 30-300 mg/24 h o una relación albúmina/creatinina ≥ 2.0 en el hombre y ≥ 2.8 en la mujer). La depuración de creatinina en este estadio es normal o ligeramente aumentada. En el estadio de macroalbuminuria, la proteinuria es ≥ 300

mg/24 h. En esta etapa, hay una declinación progresiva de la filtración glomerular y el paciente generalmente tiene hipertensión, lo cual contribuye a acelerar el deterioro de la función renal. Para recurrir a la hemodiálisis en el Adulto Mayor se necesita implementar una considerable cantidad de recursos y frecuentemente constituye una situación compleja para el paciente y quienes lo rodean. La nefropatía diabética en un estadio avanzado, las complicaciones macrovasculares están frecuentemente presentes.

El inicio de la hemodiálisis se ha asociado igualmente con un mayor riesgo de amputación de los miembros inferiores.

La neuropatía diabética (NeD) comprende un amplio espectro de afecciones neurológicas periféricas. La forma más frecuente es la polineuropatía distal que puede ser subclínica manifestada por la pérdida de los reflejos del estiramiento muscular distales y de la sensación a nivel de las extremidades inferiores.

Cuando aparece la sintomatología clínica, el paciente puede quejarse de síntomas de hipo o hiperestesia dolorosa. El paciente puede, igualmente, presentar alguna afección motriz o deformidad localizada, lo que aumenta el riesgo de caídas. La hipotensión ortostática (HTO) y la incontinencia urinaria (IU) son fenómenos de disautonomía que surgen frecuentemente en el Adulto Mayor diabético. Los síntomas de la HTO pueden ser atípicos en estos pacientes. Este debe sospecharse en la evaluación del paciente con caídas, especialmente, si es diabético. La incontinencia urinaria es frecuentemente minimizada por el Adulto Mayor, pero las múltiples consecuencias funcionales son a menudo importantes: el paciente anciano puede temer salir de su

domicilio por miedo de tener pérdida de orina en la vía pública. La evaluación urológica puede mejorar los síntomas de la Incontinencia urinaria¹⁵.

Complicaciones macrovasculares

Estas complicaciones son muy bien conocidas por el clínico y son extremadamente frecuentes en el Adulto Mayor diabético. Los órganos principalmente afectados son los miembros inferiores, las coronarias y el cerebro.

La diabetes mellitus, es la causa principal de la amputación de los miembros inferiores en los Adultos Mayores. Los factores de riesgo son la edad, duración de la enfermedad y presencia de neuropatía diabética y la insuficiencia arterial de miembros inferiores.

Los síntomas pueden ser claudicación intermitente, pero el paciente puede no reportar algún síntoma si evita llegar a ese umbral de claudicación al caminar. El examen de los pies es un elemento esencial de la evaluación del anciano diabético. La presencia de una úlcera plantar isquémica asintomática es un hallazgo que necesita atenderse de forma urgente para evitar su agravamiento y la amputación. La edad no contraindica en sí una intervención de revascularización, ya sea con un abordaje endovascular o por cirugía.

Cada caso debe ser evaluado e individualizado de acuerdo al riesgo quirúrgico y de los potenciales beneficios de la revascularización, todo ello considerando la salud global del individuo. En los pacientes candidatos a amputación, la probabilidad y potencial de adaptarse a una prótesis debe evaluarse: la ausencia de problemas cognoscitivos significativos, una movilidad anterior aceptable, una buena función

cardiovascular, un miembro contralateral sin isquemia significativa, una amputación infracondílea, todos son factores positivos para una mejor adaptación a una prótesis tras la amputación. En el caso de que el paciente no sea candidato a prótesis, su domicilio, así como otros accesos deben adaptarse a su nueva condición para asegurarle el acceso. Cuando el domicilio no se puede adaptar, podría sugerirse el cambio de su residencia a un nuevo sitio, aunque a veces tampoco es posible¹⁶.

La amputación de un miembro inferior es el signo de una enfermedad vascular sistémica en el Adulto Mayor diabético. En este estado, este grupo de enfermos tiene mayor riesgo de morir en los años que siguen.

La enfermedad coronaria es otro problema presente en los Adultos Mayores diabéticos. Los síntomas de insuficiencia cardíaca pueden ser atípicos en esta población. Las consecuencias funcionales pueden ser mínimas o muy graves según la magnitud del daño.

El abordaje del paciente que incluye una combinación de medicamentos y técnicas de revascularización (trascutánea o quirúrgica) puede mejorar el estado funcional del paciente anciano diabético. En esta perspectiva, el tratamiento adecuado de los factores de riesgo tales como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes puede retrasar la aparición de complicaciones cardíacas¹⁷.

Diabetes: Enfermedad Vascular Cerebral y Demencia

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es frecuente en la población de Adultos Mayores diabéticos y es una causa significativa de morbilidad. En la población de 65 a 75 años con historia de EVC, los pacientes diabéticos son tres veces más numerosos que los pacientes que no tienen DM; además, el riesgo de demencia tras una EVC está también aumentado. Es así que, en este contexto, el riesgo de pérdida de la autonomía es evidente.

La demencia se define por una pérdida funcional irreversible y significativa en al menos dos esferas de la cognición, excluyendo a los pacientes con delirium o con una condición afectiva activa. Las cinco esferas cognoscitivas son memoria, lenguaje, capacidades prácticas y gnósicas y las funciones ejecutivas.

En la enfermedad de Alzheimer, la memoria debe ser una de las dos esferas afectadas. En los problemas cognoscitivos de origen vascular, las esferas afectadas pueden variar.

Algunos aspectos epidemiológicos deben señalarse con respecto a la relación entre demencia y diabetes.

Los estudios longitudinales son los más interesantes a este respecto, pero también los más complicados de llevar a cabo. El riesgo de demencia se estima al comparar las cohortes de diabéticos y de no diabéticos. El diagnóstico de diabetes muchas veces está basado en

los auto-reportes de los pacientes y, en algunos casos, una medición aislada de la glucemia. Ahí pueden estar incluidos casos recientes o antiguos de diabetes. Otros factores de riesgo vascular que pueden estar presentes en los pacientes diabéticos son tabaquismo, hipertensión y dislipidemias, los cuales pueden afectar la comparabilidad de los dos grupos. La pérdida de sujetos es inevitable en este tipo de estudios. El desplazamiento periódico de los sujetos para la evaluación neuropsicológica puede también ser un problema logístico. Las entrevistas telefónicas no permiten evaluar todas las esferas cognoscitivas. El diagnóstico de demencia vascular puede ser complicado debido a las diferentes maneras de presentarse. Los dominios cognoscitivos que más frecuentemente se afectan en este tipo de enfermos son la memoria, la atención, la velocidad en el manejo de la información y las funciones ejecutivas.

Un meta-análisis reciente tiende a mostrar que la diabetes aumenta el riesgo de demencia de cualquier tipo (Alzheimer, mixta, vascular) de 1.5 a 2 veces. La pérdida de la autonomía continúa como el criterio principal para el establecer el diagnóstico de demencia. Esto vuelve aún más vulnerables a los pacientes ancianos diabéticos. La pregunta que no está resuelta todavía es saber cuál es la meta ideal del tratamiento hipoglucémico para así mantener un nivel de glucosa óptimo para disminuir la velocidad de la progresión de los problemas cognoscitivos e, igualmente, si es más importante el control de la hipertensión arterial más que el nivel de glucosa en este contexto. Un

estudio reciente evaluó la evolución de los pacientes que han participado en el estudio UKPDS.

Los participantes inicialmente fueron aleatorizados en un grupo de control óptimo y de control habitual, fueron seguidos en los años posteriores a la finalización del estudio. Las tasas de hemoglobina glucosilada fueron comparados entre ambos grupos.

Incluso a largo plazo, aquellos pacientes que estuvieron en el grupo de control óptimo y con un mejor control glucémico, continuaron presentando menor incidencia de complicaciones de la diabetes en comparación con el grupo habitual. Este fenómeno ha sido llamado "memoria glucémica". En el anciano diabético, para la decisión de intensificar el control glucémico debe tomarse en cuenta la presencia e intensidad de complicaciones así como el nivel de control en los años anteriores. El paciente que ya tiene muchos años de un mal control glucémico, probablemente no debería ser sometido al tratamiento intensivo para el control de glucemias¹⁸.

2.3 BASES FILOSÓFICAS

Diferentes estudios revelan que la representación social de la diabetes en los pacientes muestra una concepción biologicista y fatalista, la asocian negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo. Al respecto una persona comenta: "es una enfermedad que me da mucho miedo, porque se va acabando uno poco a poco". Otros asocian la diabetes con términos

tales como: "*mala*", "*terrible*", "*incurable*", "*traicionera*" y "*progresiva*", creen que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que los lleva a la muerte. Un concepto similar está presente en el discurso de los familiares quienes también la definen, desde el referente orgánico, como una enfermedad incurable y progresiva. Es así como se destacan términos tales como: "*terrible*", "*maligna*", "*incurable*" y "*mala*".¹⁹

2.4 DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.4.1 Estilos de vida

Son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular cosmovisión o concepción del mundo -poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica la expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultura, expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes con el entorno.

2.4.2 Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre

2.5 BASES EPISTÉMICAS²⁰

Los beneficios para la salud que se asocian con la **práctica de los deportes** y ejercicios aeróbicos con regularidad han sido ampliamente documentados por más de 30 años. No obstante, durante el último decenio han surgido nuevos datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser vigorosa para aportar beneficios de salud. De hecho, 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importantes. Esta modesta cantidad de actividad física, al ser frecuente, puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, **diabetes mellitus**, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama. La actividad física moderada pero regular —subir escaleras, caminar rápidamente y montar en bicicleta como parte de la rutina diaria— puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental. Además, los escolares que suelen ser activos tienen mejor rendimiento académico y un sentido de responsabilidad personal y social más acentuado que los que son más sedentarios.

2.6 BASES ANTROPOLÓGICAS²¹

Desde 3 000 años A.C. se documentan inscripciones acerca de la diabetes en China, India, Egipto, Grecia y Roma, épocas en las que se desconocía la enfermedad y su etiología.

Las primeras reseñas acerca de la diabetes se registran en el papiro de *Ebers* que es uno de los más antiguos tratados médicos redactado en Egipto cerca del año 1 500 antes de nuestra era, encontrado en Tebas (hoy Luxor) en 1872.

Las inscripciones hacen referencia a los principales síntomas característicos de la enfermedad y a recetas hechas a base de té.

En la India en el siglo IV de nuestra era, *Súshruta*, connotado médico hindú describe la enfermedad en sus compendios médicos (Samhita) y Charaka (época de Cristo) en los textos básicos de AYUR-VEDA (ciencia de la vida) bajo el sistema holístico. Trescientos años después, a través de una herencia cultural de China y Japón, *Tihang-Thong-King*, relaciona el encuentro de orina dulce con estos pacientes, y nombra a la diabetes como "Enfermedad de la Sed".

El nombre de diabetes proviene de los griegos *Apolonio de Mileto* y *Demetrio de Aparnea*; dicho nombre procede de la palabra *Diabinex* que significa "pasar a través de".

Por su parte *Pablo de Egina* (625-690) apoyó el diagnóstico de *dypsacus* (diabetes) asociada a un estado de debilidad de los riñones, exceso de micción que conducía a deshidratación. *Galeno*, 199 D. C. utilizaba términos como *diarrea urinosa* y *dypsacus* por la sed intensa, aunque la consideraba como una enfermedad muy rara.

Areteus de Capadocia (130-200 D. C.) en su libro *De causis et signis morborum* así la describe:

La enfermedad llamada diabetes es muy rara y, para muchos, sorprendente [...] Pero una vez manifestada, al enfermo no le queda mucho tiempo de vida [...] la muerte, que a veces es fulminante, pone fin a una vida plena de dolores

y disgustos [...] y no existe ningún medio para impedirle beber y orinar a continuación.

El término latino *Mellitus*, que significa: "sabor a miel" (debido al dulzor de la orina), fue acuñado por primera vez en 1674 por *Thomas Willis* (1621-1675), médico inglés, famoso por su célebre *Cerebri Anatome* dice así en su obra:

"[...] antiguamente esta enfermedad era bastante rara pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo [...]". En 1696 *Richard Morton* destacó el factor hereditario como causa.

En 1778 *Thomas Cawley* relacionó la orina con el páncreas, *Langerhans* describe los islotes pancreáticos en 1869, en tanto que *Opie* en 1902 relaciona la enfermedad con estos islotes, mientras que *Bating* y *Best* descubren la insulina que se aplica con éxito en la diabetes. Pero no fue sino hasta el año de 1942 cuando *Loubatieres* descubre drogas orales para el tratamiento de la enfermedad. Es evidente entonces, la incapacidad de los médicos de aquella época para encontrar alguna medida que evitara, irremediablemente, el desenlace fatal en estos enfermos. Lamentablemente tardaron casi dos mil años para que, después de múltiples esfuerzos, apareciera un producto que cambiara radicalmente la vida de estas personas.

Tal como se ha visto, desde el principio de los tiempos, el tratamiento de las enfermedades se basaba en la utilización de diversos alimentos y plantas a los que se les atribuían determinadas propiedades curativas, los cuales han ido desapareciendo en las sociedades contemporáneas y tan solo persisten en pueblos en vías de desarrollo. Sin embargo, con el reciente auge de las

medicina alternativa, se han utilizado diversos remedios "caseros" que en la mayoría de los casos "ayudan" a controlar la diabetes junto con los fármacos oficiales, pero que en algún otro caso intenta sustituirlos, (en la mayoría de las veces a la insulina), dando lugar habitualmente al ingreso del paciente en un centro hospitalario con una descompensación metabólica severa.

El dominio cultural de los diabéticos en ciertas culturas plantea un modelo de causas de la diabetes mellitus tipo 2 constituido principalmente por emociones negativas de tipo agudo o crónico, como son los sustos, los corajes y las preocupaciones. Al aplicarles el escalamiento multidimensional (MDS) se percibe en los hombres y en las mujeres un modelo de causas que opone lo interno (las emociones) a lo externo (la comida, el alcohol, etc.), y que resulta diferente al modelo biomédico que plantea una causalidad interna de tipo fisiopatológica, basada en la deficiencia cuali-cuantitativa de insulina por medio de diversos mecanismos²²

En lo que toca a las complicaciones, el modelo de consenso encontrado en hombres y mujeres retoma del modelo biomédico elementos anatómicos, funcionales y de enfermedades específicas que hacen de él un híbrido de conocimientos médicos manejados por legos. Los resultados encontrados plantean la hipótesis de que el acuerdo cultural sobre la diabetes mellitus es más sólido en lo que se refiere a causas que a complicaciones, lo cual explicaría, en parte, la falta de apego al tratamiento medicamentoso en nuestro medio²³.

Es importante señalar que la edad, la escolaridad y la antigüedad del padecimiento, como variables cambiantes en las que se esperaría un aprovechamiento temporal positivo, no se asocian a un mayor o menor nivel

de conocimiento cultural, lo cual habla a favor de un enraizamiento cultural profundo y temprano, más ligado a un atributo de menor variabilidad como es el género, condición relacionada con las funciones femeninas de madre, educadora, proveedora, cuidadora, etc., funciones vinculadas en nuestro medio con la reproducción de conocimientos, significados, valores y representaciones, que influyen en los pacientes con diabetes mellitus y en los no diabéticos²⁴.

Esta situación debe ser tomada en cuenta para el desarrollo de programas de promoción a la salud y atención integral de la diabetes, por el papel que desempeñan las mujeres como sujetos emergentes en nuestra cultura urbana al reforzar un modelo básico de causalidad que repercute en la cultura de salud poblacional y, por ende, en el control exitoso de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

El esquema cognitivo del paciente con diabetes gira en torno a la definición del padecimiento, que da sentido y significado a las acciones y conductas posteriores. Aquí la representación social de las causas de la diabetes desempeña un papel importante, ya que la definición de la enfermedad va aparejada con la definición de su identidad social, que puede darse para beneficio o perjuicio del paciente.

Los patrones de conducta estructurados son significativos en el caso del paciente controlado. La identificación como paciente proactivo implica una representación del padecimiento y una práctica de la autoatención que coinciden con la búsqueda de una amplia base de apoyo social para el control de la diabetes mellitus tipo 2.

El paciente descontrolado, al contrario, se limita a la toma de una sola clase de medicamentos, sin combinar otras formas terapéuticas para llevar a bien su autocuidado. Sólo busca el remedio que pueda "curarlo", lo cual pone de manifiesto fallas en la estructuración de su identidad social²⁵, producto de una representación social disociada con una práctica efectiva en el control de la enfermedad.

Lo anterior explica, en parte, los problemas de apego al tratamiento, e inclusive el rechazo a ciertos medicamentos como la insulina, por considerarla como ligada a estados de gravedad y producir ceguera, así como las modificaciones en la toma de medicamentos, ya sea por no presentar una hiperglucemia asintomática o para evitar síntomas de hipoglucemia debidos a la falta de sistematización en el manejo integral de la diabetes.

Estos hallazgos dan cuenta de la postura que las personas con diabetes asumen ante su padecimiento y la forma en que debe ser manejada y atendida. Por lo tanto, los profesionales de la salud requieren estar informados sobre estas representaciones, puesto que es muy posible que su manera de percibir la diabetes no coincida con la de los diabéticos.

Para lograr un paradigma de manejo integral de la diabetes se necesita trabajar de forma multidisciplinaria. Esto implica tomar como objeto de estudio el conocimiento cultural sobre la salud/enfermedad humana, percibirlo como un proceso de carácter vital histórico, de manera tal que podamos encaminar nuestros esfuerzos al establecimiento de sistemas de significados, sentidos y dimensiones que, por un lado, coadyuven a estructurar una teoría general de la salud, pero también una nueva cultura de salud, en la que se establezca la

representación sociocultural a manera de puente entre los modelos culturales de la población y los de las instituciones de salud.

En suma, la inclusión de un enfoque antropológico cognitivo en el área de la salud no sólo pone de manifiesto la importancia de las comparaciones socioculturales para generar hipótesis que guíen nuevas investigaciones, sino también la relevancia de la producción de conocimientos prácticos que, a su vez, sirvan para impulsar la ampliación del modelo biomédico de la enfermedad en forma de programas multidisciplinarios comprensivos de promoción y atención a la salud²⁶.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

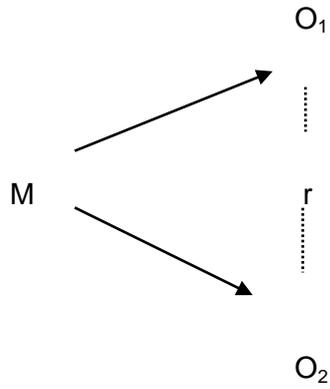
El método fue deductivo porque va de lo específico para llegar a lo general. El estudio fue cuantitativo, en relación a la ciencia fáctica; No experimental, donde el Autor José Supo refiere que los datos reflejan la evolución natural de los eventos a medir. Según la planificación de la toma de datos fue un estudio de tipo prospectivo, pues, la información de la autonomía y estilos de vida se obtuvieron durante el año 2015 mediante una encuesta elaborada y aplicada por los investigadores. Según el número de mediciones fue Transversal; ya que se realizó una sola medición al final de la recolección de datos.

Nivel de investigación:

Correlacional, ya que se relacionó las variables independientes con la dependiente, no con la finalidad de determinar causa – efecto, sino cierto grado de dependencia.

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo, de nivel correlacional con el esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio

O₁= Observación de Variable Independiente

r = Relación

O₂= Observación de Variable Dependiente

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Estuvo compuesta por los adultos de la tercera edad con diagnóstico de diabetes mellitus que acudieron a los establecimientos de salud de Huánuco, siendo: Hospital Regional de Huánuco (52), Centros de Salud: Carlos Showing Ferrari (25), Perú – Corea (22), Pomares (20) y Puestos de Salud: ACLAS-Moras (19), Pillcomarca (22).

Número		
Año	Frecuencia	Porcentaje
2015	160	100%

3.3.2 Muestra

Tamaño de la muestra para la población finita y conocida:

Fórmula²⁷ alfa:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n = 60 pacientes

3.3.3 Muestreo

Probabilístico bajo la modalidad de aleatoria simple.

3.4 DEFINICIÓN OPERATIVA DEL INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnica: Encuesta

Instrumento:

1. Para recolección de datos

Se utilizó la ficha de recolección de datos para la obtención de la información referente a la clínica de la enfermedad y un cuestionario que fue aplicado a los pacientes sobre los cambios en el estilo de vida, con una confiabilidad cuantitativa, a través de la prueba KR de Richardson, por tener opciones de respuestas

dicotómicas [variables (realiza, no realiza)], teniendo confiabilidad aceptable de KR=0,91.

2. Interpretación de datos y resultados

Se utilizará el software estadístico SPSS versión 20.0 para Windows para el procesamiento y para el análisis e interpretación de los datos y resultados.

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE

DATOS

3.5.1 Análisis estadístico

Para la comprobación de la hipótesis, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de asociación.²⁸

Hipótesis estadística de correlación:

Hi: $r_{XY} \neq 0$

No es igual a cero, o ambas variables están correlacionadas.

Hi: $r_{XY} = 0$

Las variables no están correlacionadas; su correlación es cero”

3.5.2 Procedimiento

- Permisos correspondientes.
- Los datos obtenidos se registraron en la ficha de recolección de datos y el cuestionario.
- Se elaboró la base de datos.

- Se digitalizó la base de datos en formato electrónico Excel.
- Se monitorizó el estudio para ver los resultados.

Procedimiento de recolección de datos, Implicó tres actividades estrechamente vinculadas entre sí:²⁹

1. Selección de un instrumento de medición los disponibles en el estudio del comportamiento o desarrollo: El instrumento de recolección de datos validado y confiable.
2. Aplicación del instrumento de medición. Es decir se obtuvo las observaciones y mediciones de las variables que fueron de interés para nuestro estudio, midiendo las variables (Operacionalización de variables).
3. Preparación de las mediciones obtenidas para ser analizados correctamente, codificando los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Después de aplicación del instrumento a los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco, involucrados en el presente trabajo de investigación, se procedió a la tabulación de los datos.

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN

CUADROS Y GRÁFICOS.

a. Resultados del trabajo de campo mediante distribuciones de frecuencias, gráficos:

1. El objetivo de caracterizar los datos de edad, género e índice de masa corporal de la población objeto de estudio se presenta en los siguientes resultados:

TABLA N°1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE ACUERDO AL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS DE TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO. AÑO 2015.

Estadísticos de las características generales de la Población en estudio					
		Edad	Sexo	Edad del diagnóstico	Índice de masa corporal
N	Válido	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0
Media		64,0667	1,5333	51,6333	24,5760
Mediana		63,0000	2,0000	54,0000	23,2600
Moda		62,00	2,00	61,00	20,32 ^a
Desviación estándar		3,13464	,50310	10,86585	3,91310
Mínimo		60,00	1,00	32,00	20,32
Máximo		73,00	2,00	64,00	32,79

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Resultados de la Investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

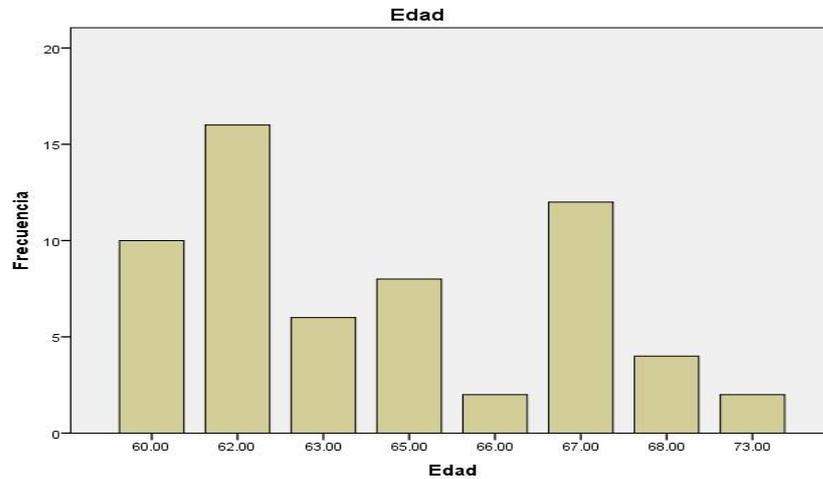
En la tabla N° 1 se pudo determinar que la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control presentaron una edad media de 64 años, siendo la menor edad de 60 y la mayor de 73 años; en quienes se diagnosticó la diabetes mellitus a una edad promedio de 51 años y teniendo una mínima de 32 años y una máxima de 64 años de edad; asimismo la población presenta una media de índice de masa corporal de 24,58, considerado como peso dentro del índice de normalidad; sin embargo presento un valor máximo de 32,79 que se considera Obesidad tipo I, factor de riesgo para complicaciones durante la enfermedad.

TABLA N°2
FRECUENCIA DE EDAD

		Edad			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		60,00	10	16,7	
	62,00	16	26,7	26,7	43,3
	63,00	6	10,0	10,0	53,3
	65,00	8	13,3	13,3	66,7
	66,00	2	3,3	3,3	70,0
	67,00	12	20,0	20,0	90,0
	68,00	4	6,7	6,7	96,7
	73,00	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N°1



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 2 y gráfico N° 1 se observó que de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control presentaron una edad de 60 años el 16,7% (10); 62 años el 26,7% (16); 63 años el 10% (86); 65 años el 13,3% (8); 66 años de edad el 3,3% (2); 67 años el 20% (12); 68 años el 6,7% (4) y la edad máxima de 73 años de edad el 3,3% (2).

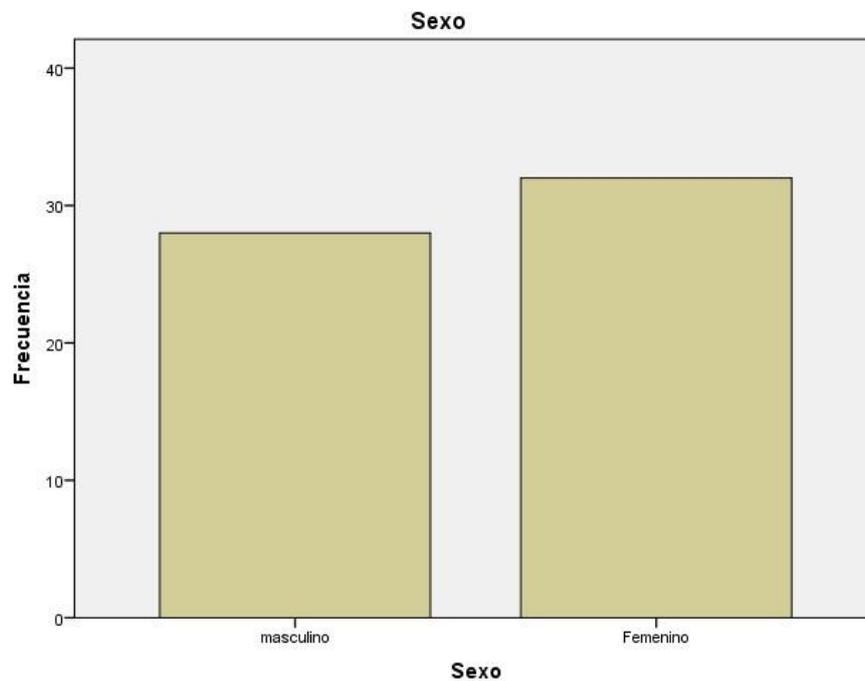
Lo que se pudo determinar que la población con edades menos avanzadas optan por acudir a los establecimientos de salud para su control y tratamiento.

TABLA N°3
FRECUENCIA DE GÉNERO

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	28	46,7	46,7	46,7
	Femenino	32	53,3	53,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N°2



ANÁLISIS DE RESULTADOS

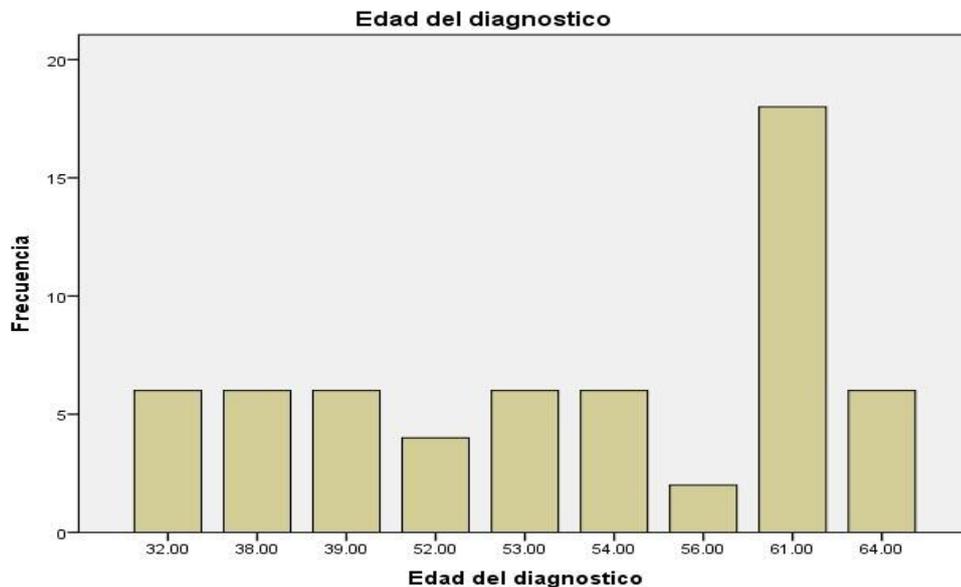
En la tabla N° 3 y gráfico N° 2 se observó que de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control el 46,7% (28) fueron de sexo masculino y el 53,3% (32) fueron del sexo femenino

TABLA N°4
FRECUENCIA DE EDAD DEL DIAGNÓSTICO

Edad del diagnostico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	32,00	6	10,0	10,0	10,0
	38,00	6	10,0	10,0	20,0
	39,00	6	10,0	10,0	30,0
	52,00	4	6,7	6,7	36,7
	53,00	6	10,0	10,0	46,7
	54,00	6	10,0	10,0	56,7
	56,00	2	3,3	3,3	60,0
	61,00	18	30,0	30,0	90,0
	64,00	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N°3



ANÁLISIS DE RESULTADOS

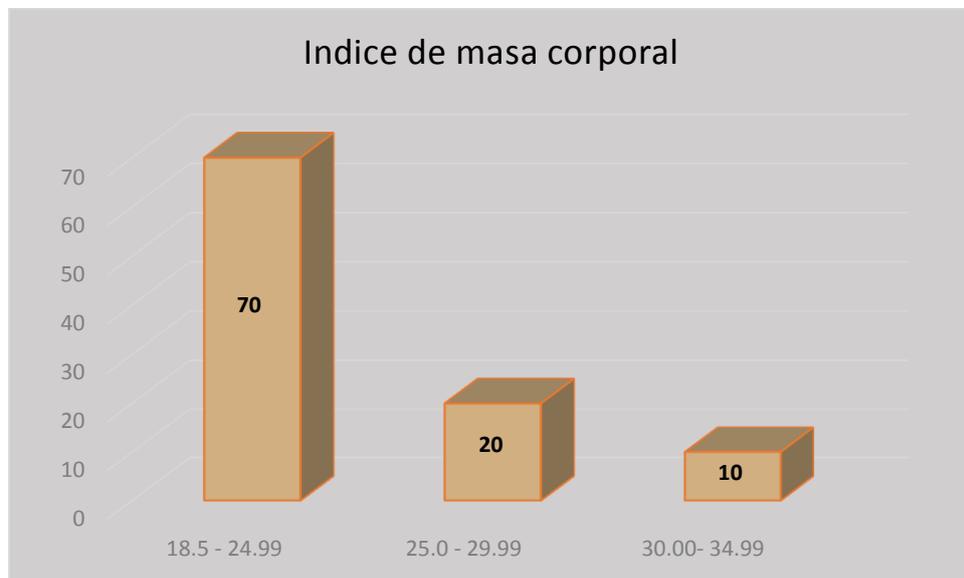
En la tabla N° 4 y gráfico N° 3 se observó que de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control presentaron una frecuencia de edad en la que se diagnosticó la patología del 30% (30) en edades menores de 40 años; 30% (30) en edades de 40 a 50

años y el 40% es posterior a estas edades considerada como adultos de la tercera edad. Lo que determinó que las edades más frecuentes en las que se evidenció la presencia de esta patología es en edades menores de 60 años, población que ingresa con mayor riesgo a la tercera edad.

TABLA N°5**FRECUENCIA DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL***Índice de masa corporal*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
	18.5 - 24.99	42	70	70
	25.0 - 29.99	12	20	90
	30.00- 34.99	6	10	100
	Total	60	100	100

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N° 4**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En la tabla N° 5 y gráfico N° 4, se observó que de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control presentaron una frecuencia de índice de masa corporal que va desde una mínima de 20,32 considerado como peso normal y una máxima de 32,79 considerada como Obesidad I, peso no adecuado y que aumenta el riesgo de

complicaciones para la diabetes mellitus. Asimismo, se evidencia que el 70% (42) presentan un peso normal y el 20% (12) presentan problemas de sobrepeso y un 10% (6) presentan Obesidad I.

2. El objetivo caracterizar la clínica de la diabetes mellitus en la población objeto de estudio se presenta en los siguientes resultados:

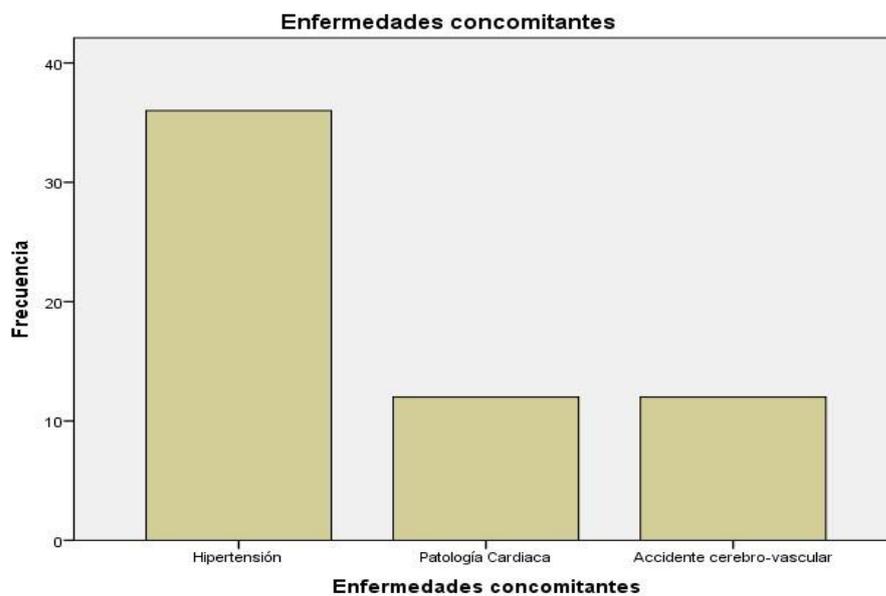
TABLA N°6

CARACTERÍSTICAS DE LA CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS DE ACUERDO AL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS DE TERCERA EDAD. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO. AÑO 2015.

		Enfermedades concomitantes			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipertensión	36	60,0	60,0	60,0
	Patología Cardíaca	12	20,0	20,0	80,0
	Accidente cerebrovascular	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N°5



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la tabla N°6 y gráfico N° 5, se observaron las características clínicas de la diabetes mellitus de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a

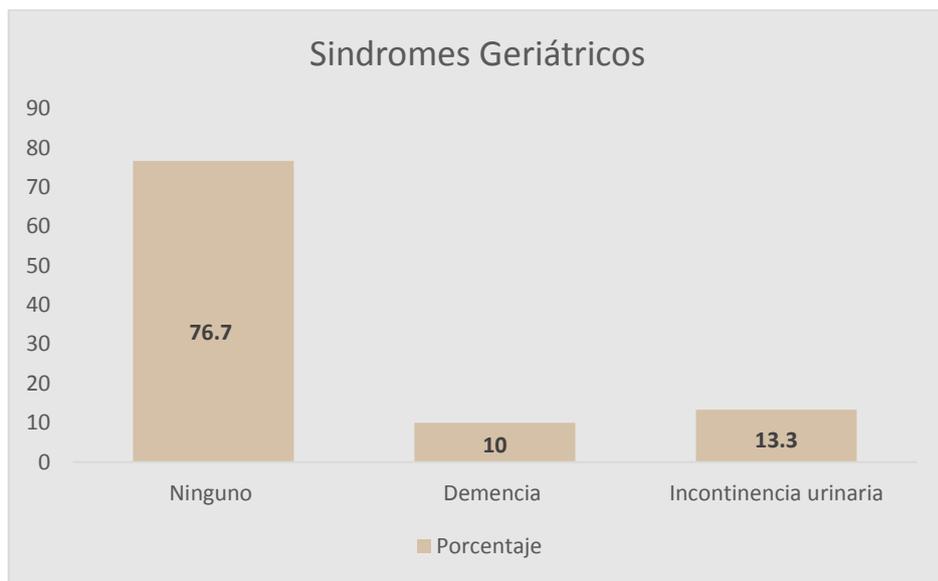
los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 60% (36) presentaron patologías de hipertensión arterial, 20% (12) patología cardíaca y 20% (12) accidentes cerebro-vasculares. Lo que permite concluir que el 100% de la población en estudio presenta alguna patología agregada a la diabetes.

TABLA N° 7

		Síndromes geriátricos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	46	76,7	76,7	76,7
	Demencia	6	10,0	10,0	86,7
	Incontinencia fecal	8	13,3	13,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N°6



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 7 y gráfico N° 6, se observaron los síndromes geriátricos asociados a la diabetes mellitus de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 76,7% (46) no presentaron ninguna patología; el 10% (6) presentó algún estado de demencia y el 13,3% (8) incontinencia urinaria. Lo que permitió concluir en que la población que se encuentra en control y cuidado de la diabetes mellitus reduce la presencia de patologías agregadas.

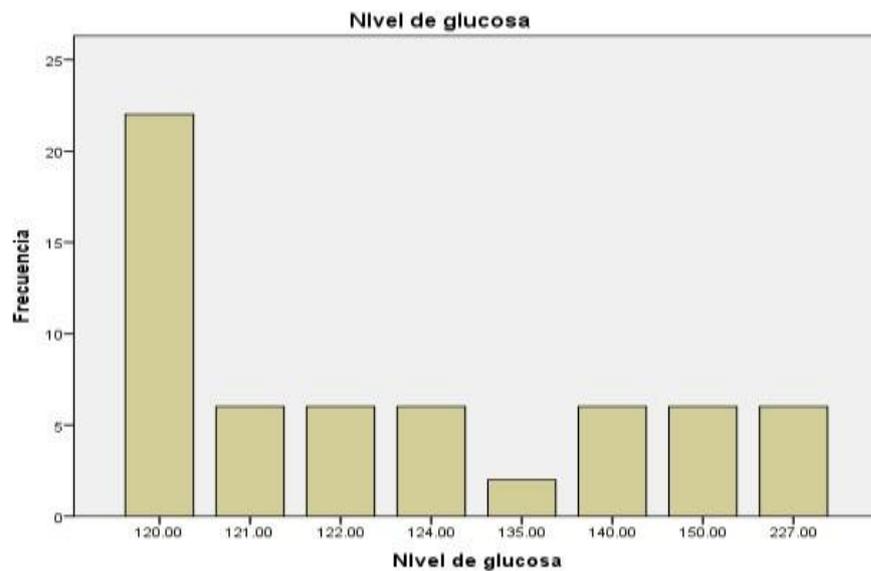
TABLA N° 8

Nivel de Glucosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Niveles normales	120,00	22	36,7	36,7	36,7
70 A 140	121,00	6	10,0	10,0	46,7
	122,00	6	10,0	10,0	56,7
	124,00	6	10,0	10,0	66,7
	135,00	2	3,3	3,3	70,0
	140,00	6	10,0	10,0	80,0
Nivel aceptable 141 A	150,00	6	10,0	10,0	90,0
200					
Nivel de riesgo 201 A	227,00	6	10,0	10,0	100,0
MAS					
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de Investigación.

GRÁFICO N° 7



En la tabla 8 y gráfico N° 7, se observó los resultados de glucosa de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 80%(48) presentaron niveles de glucosa en ayuna de niveles óptimos (70 a 140); el 10% (6) en niveles subóptimos y aceptables (>140 y < 200) y el 10% (6) en alto riesgo (>201) que requiere acciones inmediatas.

TABLA N° 9

Estadísticos		
	Nivel de glucosa	
N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		136,9000
Mediana		122,0000
Moda		120,00
Desviación estándar		31,87194
Mínimo		120,00
Máximo		227,00

Fuente: Resultados de la Investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 9, se observó los resultados estadísticos de glucosa de la población de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control, en la cual se determinó que los niveles de glucosa tuvieron una media de 136,9; una mediana de 122, una moda de 120; con una desviación estándar de 31,87. Asimismo se determinó que el nivel mínimo de la glucosa en ayunas fue de 120 y una máxima de 227.

3. El objetivo Identificar las alteraciones de la capacidad funcional en la población objeto se presenta en los siguientes resultados:

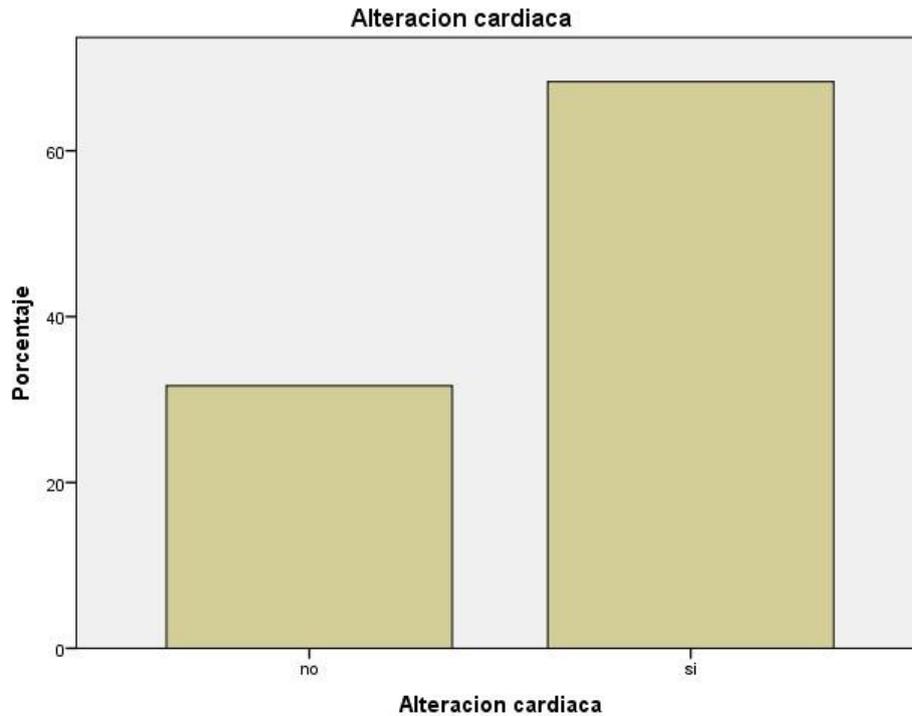
TABLA N° 10

ALTERACIONES DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A LA DIMENSIÓN DE ALTERACION CARDIACA Y VASCULAR DE LOS ADULTOS DE TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO. AÑO 2015.

		Alteración cardiaca			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	19	31,7	31,7	31,7
	si	41	68,3	68,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

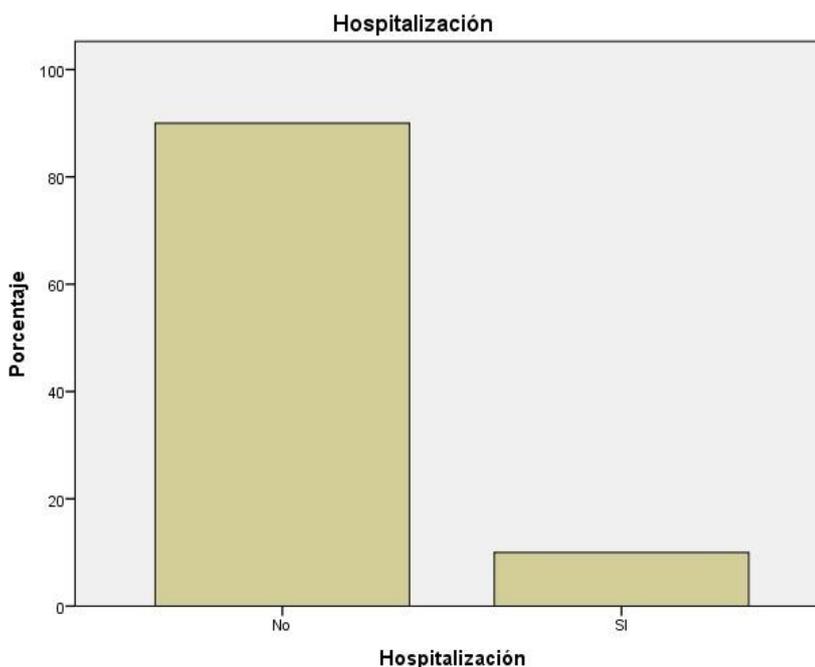
En la tabla N° 10 y gráfico N° 8, se observó las alteraciones cardíacas y vasculares de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 31,7%(19) no presentaron estas patologías agregadas y el 69,3% (41) si las presentaron.

TABLA N° 11

		Hospitalización			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	54	90,0	90,0	90,0
	Si	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

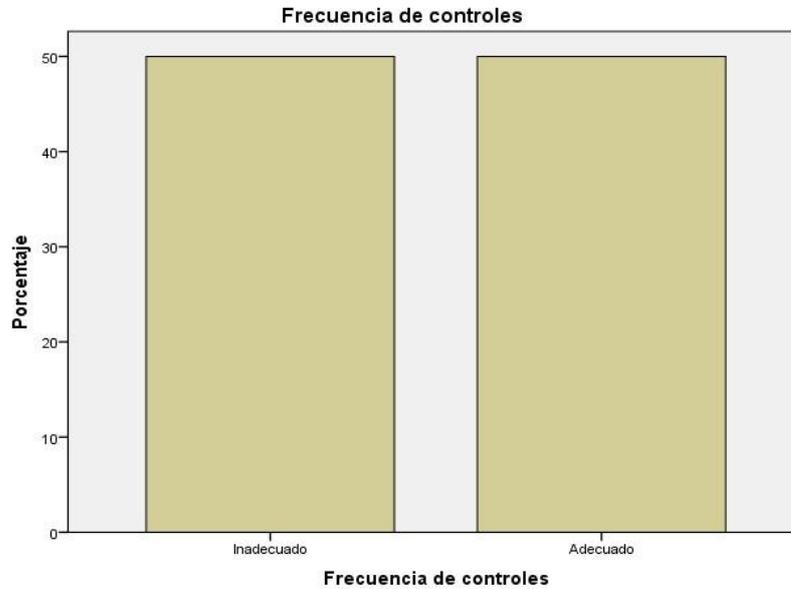
En la tabla N° 11 y gráfico N° 9, se observó las hospitalizaciones de los adultos de la tercera edad que asisten a los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 90%(54) no tuvo ninguna complicación de la enfermedad que conlleve a hospitalizaciones y el 10% (6) si las presentaron.

TABLA N° 12

Frecuencia de controles					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuado	30	50,0	50,0	50,0
	Adecuado	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 10



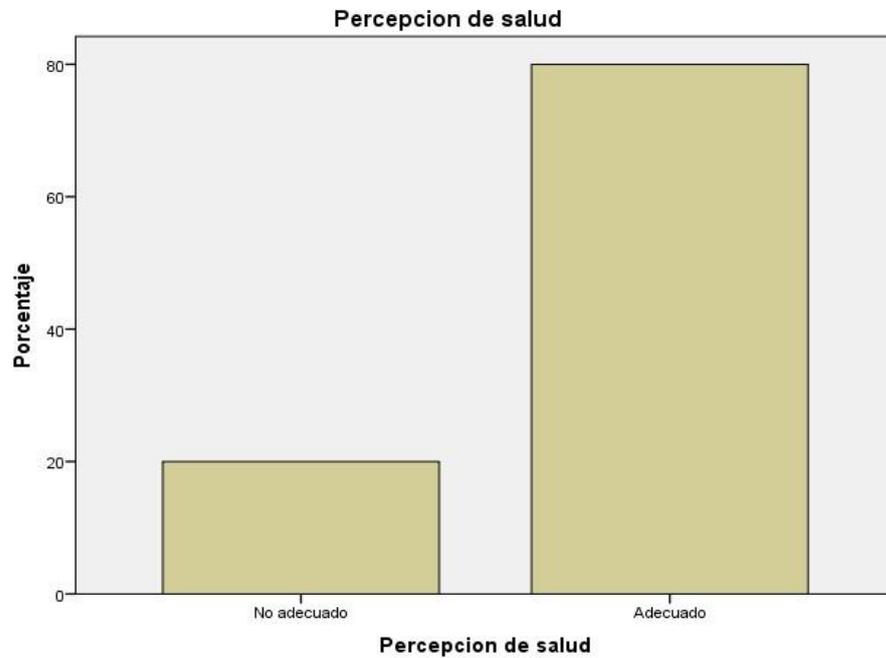
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la tabla N° 12 y gráfico N°10, se observó las frecuencias de los controles que tienen los adultos de la tercera edad en los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 50%(30) refirieron que es adecuado y el otro 50%(30) que fue inadecuado.

TABLA N° 13

Percepción de salud				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No adecuado	12	20,0	20,0	20,0
Adecuado	48	80,0	80,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 11

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N°13 y gráfico N° 11, se observó la percepción de la salud que tienen los adultos de la tercera edad en los establecimientos de salud para su atención y control, donde se evidenció que el 20%(12) refirieron que no es adecuado y el 80%(48) que fue adecuado.

4. El objetivo identificar los cambios en los estilos de vida en la población objeto de estudio se presenta en los siguientes resultados:

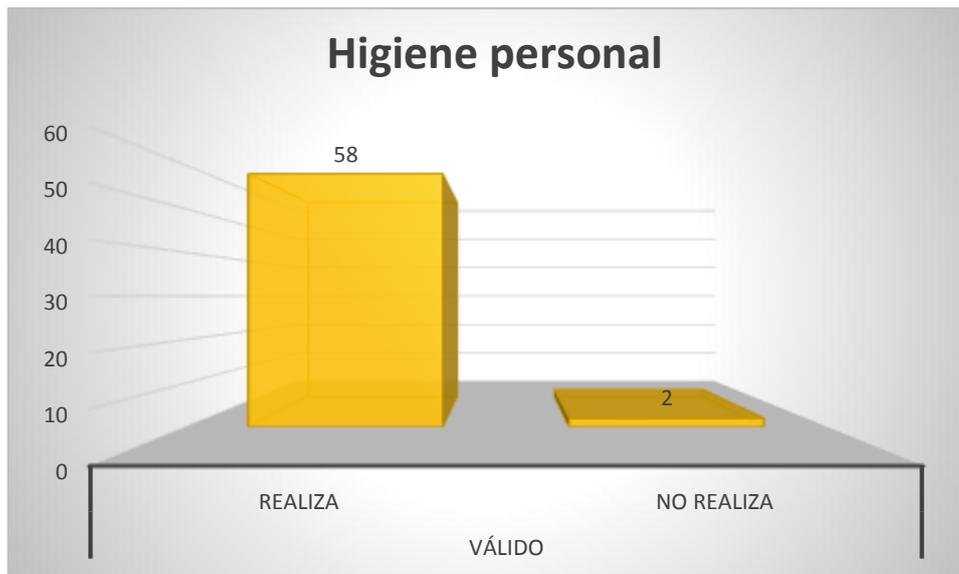
TABLA N° 14

CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE HIGIENE PERSONAL EN LOS ADULTOS DE TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE HUÁNUCO. AÑO 2015.

Higiene Persona					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	realiza	58	96,7	96,7	96,7
	No realiza	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N°14 y gráfico N° 12 se observó los cambios en los estilos de vida

en la dimensión de higiene personal en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 96,7%(50) refirieron que si realizan su higiene personal y el otro 3,3%(2) no lo realizan.

TABLA N° 15

Alimentación sana					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		realiza	56	93,3	93,3
	No realiza	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 13



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N°15 y gráfico N° 13 se observó los cambios en los estilos de vida en la dimensión de en la dimensión alimentación sana en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 93,3%(56) refirieron que si realizan una alimentación sana y el otro 6,7%(4) no lo realizan.

TABLA N° 16

Descanso adecuado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Realiza	55	91,7	91,7	91,7
	No realiza	5	8,3	8,3	100,0
Total		60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 14



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 16 y gráfico N° 14 se observó los cambios en los estilos diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 91,7%(55) refirieron que si realizan un descanso adecuado y el 8,3%(5) no lo realizan.

TABLA N° 17

Recreación constante					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	realiza	54	90,0	90,0	90,0
	No realiza	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 15

ANÁLISIS DE RESULTADOS

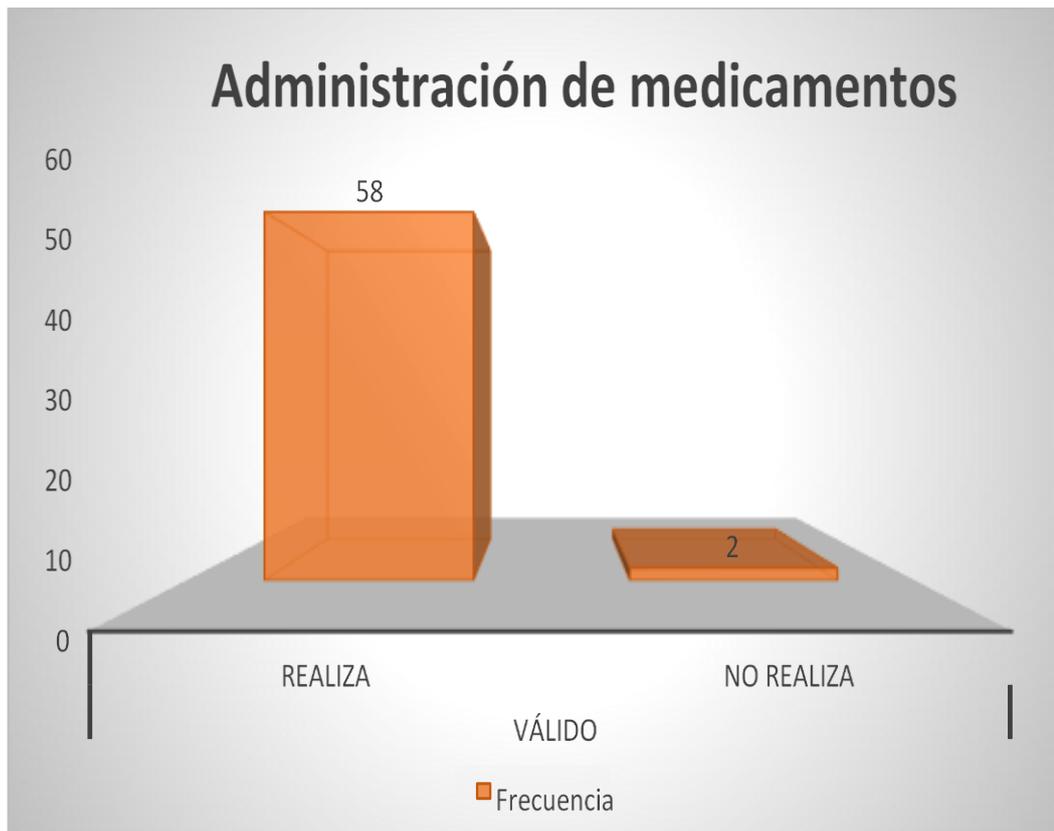
En la tabla N° 17 y gráfico N° 15, se observó en la dimensión de recreación constante en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 90%(54) refirieron que si realizan actividades de recreación constante y el 10%(6) no lo realizan.

TABLA N° 18

Administración de medicamentos					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		realiza	58	96,7	96,7
	No realiza	2	3,3	3,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 16



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 18 y gráfico N° 16 se observó los cambios en los estilos de vida en la dimensión de administración de medicamentos en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 96,7 %(58) cumplen con la administración adecuada de sus medicamentos, mientras que el 3,3% (2) no lo realizan.

TABLA N° 19

		Actividad física			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No adecuado	30	50,0	50,0	50,0
	Adecuado	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 17



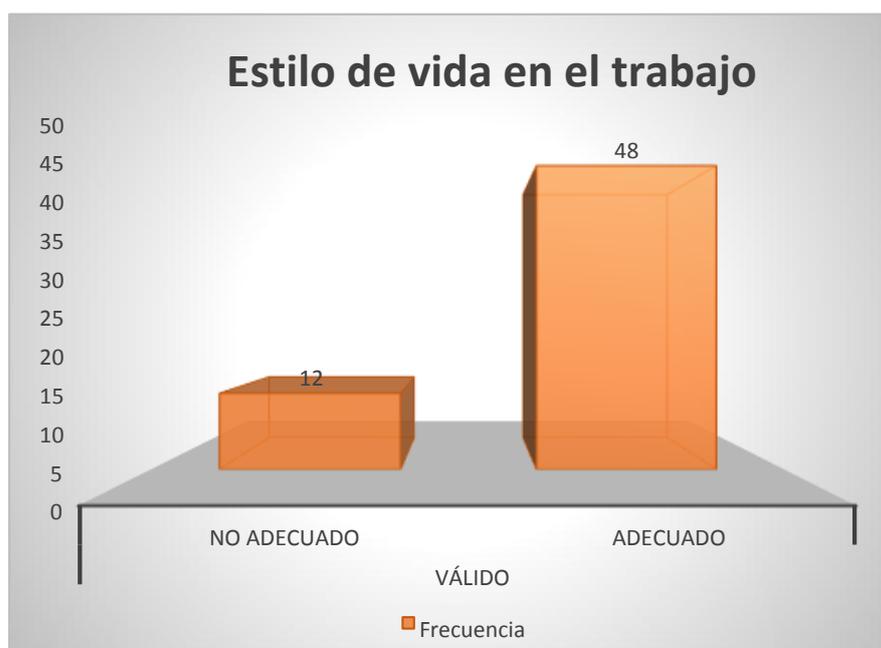
mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 50%(30) refirieron que su actividad física es adecuada, mientras que el otro 50%(30) no es adecuada.

TABLA N° 20

		Estilo de vida de trabajo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No adecuado	12	20,0	20,0	20,0
	Adecuado	48	80,0	80,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 18



ANÁLISIS DE RESULTADOS

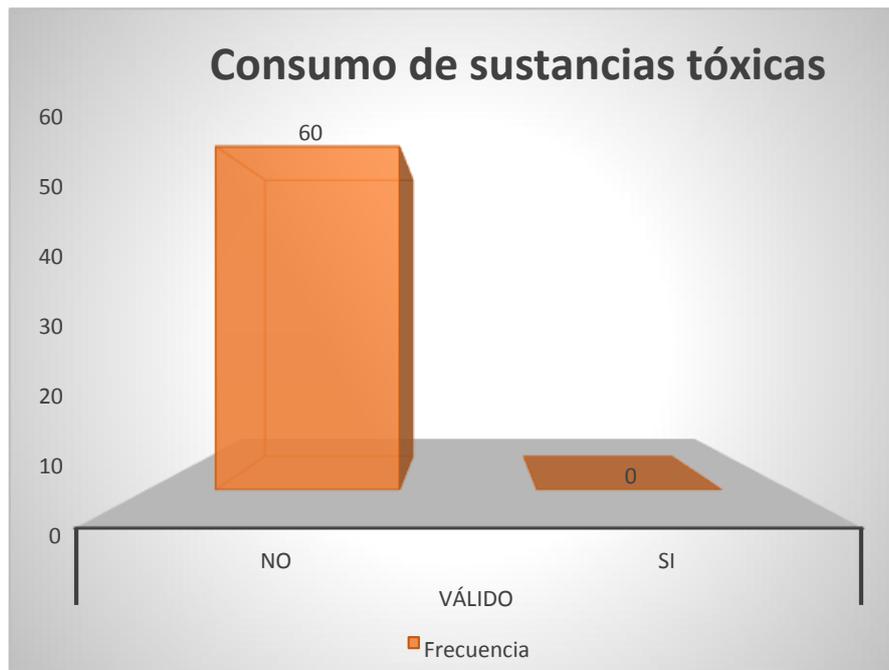
En la tabla N° 20 y gráfico N°18 se observó los cambios en los estilos de vida en la dimensión estilo de vida en el trabajo de los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 20%(12) refirieron que su estilo de vida durante el desarrollo de su trabajo no es el adecuado, mientras que el otro 80% (48) que si es adecuado.

TABLA N° 21

		Consumo de sustancias tóxicas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	60	100,0	100,0	100,0
	si	0	0,0	0	0,0
Total		60	100,0	100,0	

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 19



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

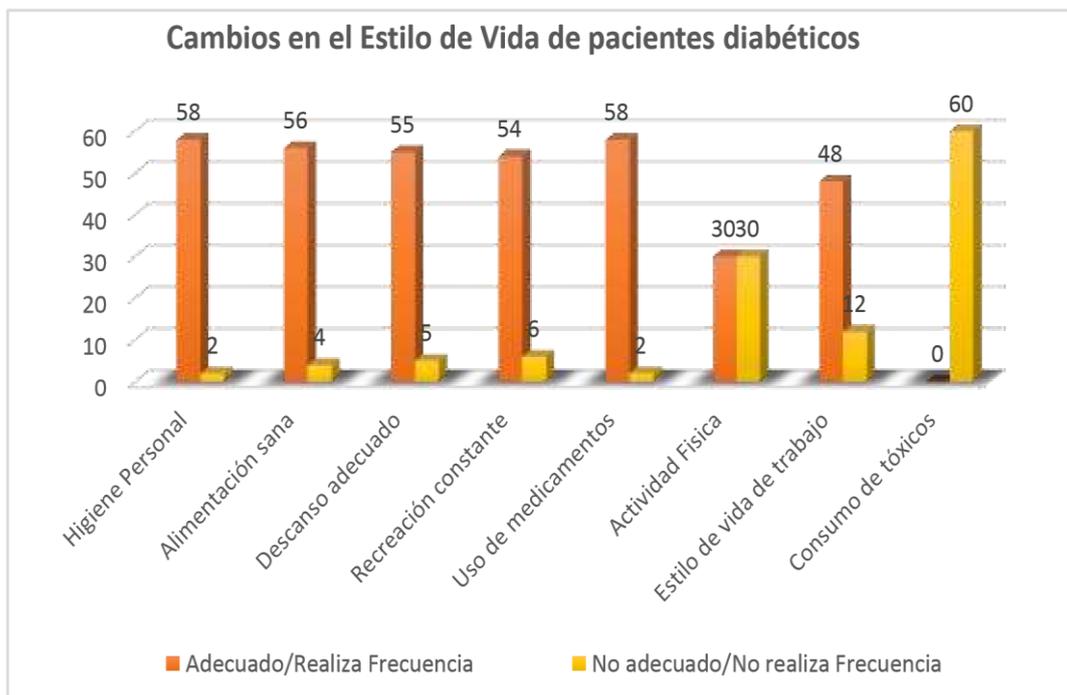
En la tabla N° 21 y gráfico N°19 se observó en la dimensión de consumo de sustancias tóxicas en los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se evidenció que el 100%(60) refirieron que desde que se encuentran en el control de su enfermedad no consumen ninguna sustancia tóxica.

TABLA N° 22

Estilos de vida	Adecuado/Realiza		No adecuado/No realiza		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Higiene Personal	58	96.7	2	3.3	60	100
Alimentación sana	56	93.3	4	6.7	60	100
Descanso adecuado	55	91.7	5	8.3	60	100
Recreación constante	54	90	6	10	60	100
Uso de medicamentos	58	96.7	2	3.3	0	100
Actividad Física	30	50	30	50	60	100
Estilo de vida de trabajo	48	80	12	20	60	100
Consumo de tóxicos	0	0	60	100	60	100

Fuente: Resultados de la Investigación.

GRÁFICO N° 20



ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla N° 22 y gráfico N° 20 se observó los cambios en los estilos de vida de los adultos de tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco para su atención y control, donde se

evidenció que el 96,7 % realiza su higiene personal; el 93,3% presenta una alimentación sana; el 91,7% realiza un descanso adecuado, el 90% desarrolla un recreación constante; el 96,7% cumple con la administración adecuada del tratamiento; el 80% presentó un adecuado estilo de vida en el trabajo; el 50% realiza actividad física y el 100% no consume sustancias tóxicas. Concluyendo que los pacientes que se encuentran en control y seguimiento, aún este sea incipiente toma conocimiento de la importancia del cuidado de su patología y tiene mayor cuidado de su salud.

b) Resultados de la contrastación de hipótesis secundarias mediante la prueba de chi cuadrado de asociación:

1. Capacidad funcional, dimensión alteración cardiaca y vascular en relación a los estilos de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas:

Cuadro N° 1

	Estilos de Vida	Grados de Libertad	Chi cuadrado Calculado	Chi cuadrado Tabular (0,5)	Valor P
Alteración Cardíaca y Vascular	Higiene personal	1	4,465	0,4549	0,013
	Alimentación sana		0,666		0,415
	Descanso		5,889		0,015
	Recreación		3,774		0,052
	Medicación		0,959		0,002
	Actividad física		27,805		0,000
	Estilo de vida en el trabajo		32,368		0,000
	Consumo de sustancias tóxicas		4,465		0,001

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente cuadro se aprecia que la alteración cardiaca y vascular está relacionado con los estilos de vida aceptando la primera hipótesis secundaria, porque los resultados de la prueba estadística del chi cuadrado calculado son mayores que el chi cuadrado tabular que es de 0,4549, en correspondencia de 1 grado de libertad, con el IC del 95% y los resultados del valor P son menores del 0,5.

2. Capacidad funcional, dimensión hospitalizaciones en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas:

Cuadro N° 2

	Estilo de vida	Grados de Libertad	Chi cuadrado Calculado	Chi cuadrado Tabular	Valor P
Hospitalizaciones	Higiene personal	1	0,230	0,4549	0,601
	Alimentación sana		0,476		0,000
	Descanso		0,606		0,001
	Recreación		0,329		0,512
	Medicación		18,621		0,000
	Actividad física		6,667		0,000
	Estilo de vida en el trabajo		1,667		0,197
	Consumo sustancias tóxicas		0,230		0,002

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente cuadro se aprecia que las hospitalizaciones están relacionado con los estilos de vida alimentación sana, descanso, medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas; aceptando la segunda hipótesis secundaria, porque los resultados de la prueba estadística del chi cuadrado calculado son mayores que el chi cuadrado tabular que es de 0,4549, en correspondencia de 1 grado de libertad, con el IC del 95% y los resultados del valor P son menores del 0,5; no siendo así para los estilos de vida higiene personal y recreación donde estas dimensiones no están relacionados a la capacidad funcional hospitalización, concluyendo que la higiene personal y la recreación no infieren en que se hospitalice el paciente, porque el chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado tabular y el valor P es mayor a 0,5.

4. Capacidad funcional, dimensión frecuencia de consultas en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas:

Cuadro N° 3

	Estilo de Vida	Grados de Libertad	Chi cuadrado Calculado	Chi cuadrado Tabular	Valor P
Frecuencia de Consultas	Higiene personal	1	2,069	0,4549	0,150
	Alimentación sana		0,000		1,000
	Descanso		1,964		0,161
	Recreación		0,741		0,389
	Medicación		2,069		0,150
	Actividad física		60,000		0,000
	Estilo de vida en el trabajo		15,000		0,000
	Consumo de sustancias tóxicas		2,069		0,150

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente cuadro se aprecia que las frecuencia de consultas están relacionado con los estilos de vida higiene personal, descanso, recreación, medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas; aceptando la tercera hipótesis secundaria, porque los resultados de la prueba estadística del chi cuadrado calculado son mayores que el chi cuadrado tabular que es de 0,4549, en correspondencia de 1 grado de libertad, con el IC del 95% y los resultados del valor P son menores del 0,5; no siendo así para los estilos de vida alimentación sana donde esta dimensión no está relacionados a la capacidad funcional frecuencia de consultas, concluyendo que el que se alimenta sano no va a las consultas, porque el chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado tabular y el valor P es mayor a 0,5.

5. Capacidad funcional, dimensión percepción de salud en relación al estilo de vida: higiene personal, alimentación sana, descanso, recreación, Meditación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas:

Cuadro N° 4

	Estilo de vida	Grados de Libertad	Chi cuadrado Calculado	Chi cuadrado Tabular	Valor P
Percepción de salud	Higiene personal	1	0,517	0,4549	0,001
	Alimentación sana		1,071		0,000
	Descanso		1,364		0,243
	Recreación		0,046		0,830
	Medicación		8,276		0,000
	Actividad física		15,000		0,000
	Estilo de vida en el trabajo		3,750		0,053
	Consumo sustancias		0,517		0,001

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente cuadro se aprecia que la percepción de salud está relacionado con los estilos de vida higiene personal, alimentación sana, descanso, medicación, actividad física, estilo de vida en el trabajo, consumo de sustancias tóxicas; aceptando la cuarta hipótesis secundaria, porque los resultados de la prueba estadística del chi cuadrado calculado son mayores que el chi cuadrado tabular que es de 0,4549, en correspondencia de 1 grado de libertad, con el IC del 95% y los resultados del valor P son menores del 0,5; no siendo así para los estilos de recreación donde esta dimensión no está relacionados a la capacidad funcional percepción de salud, concluyendo que la recreación no influye en la percepción de salud, porque el chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado tabular y el valor P es mayor a 0,5.

c) Resultados de la prueba de hipótesis mediante la prueba de chi cuadrado de asociación:

Cuadro N° 5

Variable	Chi cuadrado	Chi cuadrado	Valor P
	Calculado	Tabular	
Estilos de Vida	24,532	0,4549	0.154
Capacidad Funcional			

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente cuadro se aprecia las variables estilos de vida y capacidad funcional, la prueba de hipótesis del chi cuadrado calculado es 24,532 mayor que el chi cuadrado tabular que es 0,459. Con 1 grado de libertad y el IC del 95%. El valor P es menor de 0,5. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que dice: Los cambios de estilo de vida están relacionados a la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los estudios internacionales indican que de los pacientes diabéticos aumentan el riesgo de problemas de salud funcional, cuando llegan a la tercera edad; el concepto de autonomía está ligado a un equilibrio entre las alteraciones observadas en las actividades de la vida diaria y la disponibilidad de recursos para compensar estas discapacidades; las alteraciones de la función cardiaca y la enfermedad vascular periférica, que en última instancia puede conducir a la amputación de miembros inferiores, también dan lugar a una reorganización profunda de la capacidad del paciente de edad avanzada para realizar actividades rutinarias de la vida diaria.

En base a la situación mencionada, en este capítulo se presentan los principales hallazgos empíricos de la presente investigación a la luz de los enfoques teóricos que han fundamentado el problema de estudio. A su vez, se discuten los principales resultados y se desarrolla una breve reflexión en torno al alcance y significado de la diabetes mellitus.

El estudio desarrollado de la investigación, partió del supuesto de que la demanda de servicios de salud está asociada con las necesidades del paciente diabético, en los cambios de estilo de vida con la capacidad funcional donde la alteración cardiaca y vascular está relacionado con los estilos de vida aceptando

la primera hipótesis secundaria, porque los resultados de la prueba estadística del chi cuadrado calculado son mayores que el chi cuadrado tabular que es de 0,4549, en correspondencia de 1 grado de libertad, con el IC del 95% y los resultados del valor P son menores del 0,5. Esto concuerda con lo observado por Larrea Sánchez, María Sol³⁰ donde concluye que en que la creación de un programa de educación para diabetes de carácter nacional ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de la enfermedad y con ello se elevará los años de vida ajustados por calidad permitiendo tener resultados costo eficientes a mediano y largo plazo.

Los resultados concluyen que la higiene personal y la recreación no infieren en que se hospitalice el paciente, porque el chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado tabular y el valor P es mayor a 0,5. Este resultado va en la línea de Muñoz Reyna, Ocampo Barrio y Quiroz Pérez³¹, quienes evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles glucemia e IMC entre los pacientes de grupos de ayuda mutua y los pacientes que no asistían a estos grupos entre ellos la recreación.

Los estilos de vida alimentación sana donde está dimensión no están relacionados a la capacidad funcional frecuencia de consultas, concluyendo que el que se alimenta sano no va a las consultas, sugerido por Alaba Trueba, Javier³², donde menciona que la diabetes mellitus en la población geriátrica institucionalizada tiene una alta prevalencia. Es fundamental realizar una valoración geriátrica integral para evaluar los riesgos potenciales y mantener, en lo posible, la calidad de vida de estos pacientes y alimentación sana.

Implicancias de la Investigación

El análisis de la relación entre los cambios de estilo de vida y la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus, está dirigido a determinar lo importante que es en la vida del ser humano desarrollar en el proceso de su formación estilos de vida saludable y disminuir de esta forma el aumento de la incidencias de las enfermedades crónicas; dentro de ellas la diabetes, enfermedad que conlleva al deterioro físico y mental de las personas y con mayor razón en la tercera edad. Si bien es cierto se cuenta dentro de las políticas de salud la atención de salud por etapas de vida; se ha hecho mucho poco por la tercera edad que recién en los últimos años a iniciativa del personal de enfermería ha ido implementándose y captando usuarios y mejorando de una u otra forma su estado de salud. Esto se logrará con propuestas de acción para el mejoramiento, implementación y seguimiento de estos programas quienes deben conocer la situación de salud de su población de la tercera edad e implementar medidas que mejoren los estilos de vida desde la edad adulta. En este sentido, la presente investigación contribuirá a enriquecer la literatura científica y a la vez resaltar la importancia de la prevención en la disminución de indicadores negativos de salud en la población, sugiriendo al ente rector de salud que destine mayor presupuesto a este sector de la población para mejorar la calidad de vida en los adultos de la tercera edad.

CONCLUSIONES

Luego de presentar los resultados de la investigación, se arriba a las siguientes conclusiones:

1. Se caracterizó a la población según lo planteado en los objetivos, mediante la estadística descriptiva la edad media 64 años; el género predominante femenino 53,3%; el índice de masa corporal con una frecuencia que va desde una mínima de 20,32 considerado como peso normal y una máxima de 32,79 considerada como Obesidad I, peso no adecuado y que aumenta el riesgo de complicaciones para la diabetes mellitus.
2. Se caracterizó la clínica de la diabetes mellitus en la población objeto de estudio donde el accidente cerebro vascular acumuló un 100%, concluyendo que todos los pacientes con diabetes mellitus presentan alguna patología agregada.
3. Se identificó la capacidad funcional en las dimensiones de las alteraciones de la función cardiaca y vascular donde sólo el 19% presentan patologías agregadas; hospitalización por complicaciones el 10%; frecuencia adecuada de consultas tuvieron un 50% y percepción de la salud en los adultos de la tercera edad adecuado el 80%.
4. Se identificó los cambios en los estilos de vida en las dimensiones de higiene personal, alimentación saludable, descanso, recreación constante, medicación, actividad física, trabajo y consumo de sustancias tóxicas en

los adultos de la tercera edad, todas las actividades lo realizan es más del 50% como parte del programa de control de diabetes.

5. Finalmente se concluye que en base a los coeficientes hallados en el chi cuadrado expresados en términos de tabulares se confirma que los cambios de estilo de vida están relacionados a la capacidad funcional de los adultos de la tercera edad con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los establecimientos de salud de Huánuco. Año 2015.

SUGERENCIAS

Las siguientes son algunas sugerencias que se realizan basándose en los hallazgos de este estudio:

Al ente rector del MINSA:

Destinar mayor presupuesto a los programas dirigidos a la población de la tercera edad, de tal forma que se pueda implementar con el personal capacitado y especializado en la atención de las patologías crónicas y dentro de ellas la diabetes.

A los coordinadores del programa de control de diabetes del MINSA –

Huánuco:

1. La población que acude se encuentra en la edad inicial de 64 años por lo que el trabajo con este grupo población es la captación oportuna, actividades de prevención en la modificación de los estilos de vida negativos identificados para evitar las complicaciones de la enfermedad, con mayor énfasis en el género femenino y el grado de obesidad es lo cual es más factible de mejorar adecuando una alimentación sana con un programa nutricional bien controlado.
2. Todos los pacientes tuvieron alguna patología agregada, siendo recomendable el seguimiento médico continuo a través del programa.
3. Todos los programas de control de diabetes debe de tener especialistas como cardiólogo, nefrólogo, podrían realizar su trabajo como parte de ayuda social en coordinación con el MIDIS salud.

4. Para un estilo de vida adecuado, deben programar actividades de acuerdo a las dimensiones con el apoyo de las municipalidades, en el marco de comunidades saludables.

Al personal que labora en el programa de control de diabetes del MINSA –

Huánuco:

1. Solicitar el apoyo de instituciones de educación superior para las actividades de captación, control y seguimiento de los usuarios de los programas de la tercera edad con énfasis en la diabetes.
2. Incluir a la familia en las sesiones de orientación del paciente diabético y actividades propias del programa, quienes deben involucrarse en el control y manejo de la enfermedad.

A las futuras investigaciones

- A la vista de los resultados obtenidos en este trabajo pensamos que la presente investigación sirva de base metodológica para profundizar en el estudio sobre la importancia de la prevención en la disminución de las secuelas de enfermedades crónicas como es la diabetes.
- Es necesario su difusión para que las autoridades dirijan acertadamente el presupuesto del sector salud implementando un adecuado programa de atención de la tercera edad con recursos humanos capacitados, infraestructura y equipo especializado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 American Diabetes Association (2005a). Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 28, S37-S42
- 2 Loveman, E., Cave, C., Green, C., Royle, P., Dunn, N. & Waugh, N. (2003).
The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes:
A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 7(22), 1-46
- 3 Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.
- 4 Domínguez E, Seuc A, Díaz O, Aldana D, Licea ME. Esperanza de vida saludable asociada a la diabetes en Cuba: años 1990 y 2003. *Rev Cubana Endocrinol [serie en internet]*. 2010 [citado 28 de abril de 2010];21(1).

Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 5 Ramos Muñoz, Willy. La transición epidemiológica y la diabetes mellitus en el Perú. *Bol. Epidemiol. (Lima)* 21 (44). 2012. NÚMERO 44 Volumen 21 – Semana Epidemiológica N° 44 (28 de octubre al 03 de noviembre de 2012).
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/44.pdf>
- 6 Schechter, C. & Walker, E. (2002). Improving adherence to diabetes selfmanagement recommendations. *Diabetes Spectrum*, 15(3), 170-175.

- 7 Tessier, Daniel; Ávila Funes, José y Aguilar Navarro, Sara. Diabetes y cambios en el estado funcional de los ancianos: ¿Una realidad? Revista de Investigación Clínica / Vol. 62, Núm. 4 / Julio-A gosto, 2010 / p p 318-3 22.
Mexico.
- 8 Larrea Sánchez, maría Sol. Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo – utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental del IESS en el período marzo 2006 – diciembre 2007. [Tesis]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito. 2008
- 9 Muñoz Reyna, AP; Ocampo Barrio, P. y Quiroz Pérez, Jr. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. México: Revista de Medicina Familiar. Vol. 9 (2) 87-91. Recibido: 12-01-06 Aceptado: 21-04-06
- 10 Alaba Trueba, Javier. Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica institucionalizada. España: Rev Esp Geriatr Gerontol; 42(Supl 1):16-21. 2007
- 11 Compeán Ortiz, Lidia. Autocuidado en adultos con diabetes tipo 2: influencia de la memoria y el aprendizaje [Tesis]. España: Universidad Autónoma de Nuevo León. 2006.
- 12 Hebert R. Perte d'autonomie. In: Arcand M, Hebert R (Eds.). Précis pratique de gériatrie. Saint-Hyacinthe and Paris: Edisem/ Maloine; 1997, p. 110-20.
- 13 Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. Diab Car 2008; 31: 233-5.
- 14 National Society to prevent blindness. Vision problems in the United States: facts and figure. 1980. Ref Type: Catalog.

- 15 Valiquette L, McCormack M. Incontinence urinaire. In: Arcand M, Hebert R (Eds.). Précis pratique de gériatrique. 3e Ed. Quebec: Maloine; 2007, p. 269-84.
- 16 American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. *Diab Car* 2003; 26: 3333-41.
- 17 Kuusisto J, Mykkanen L, Pyorala K, Laakso M. NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. *Diab* 1994; 43: 960-7.
- 18 Holman RR, Paul SK, Bethel MA, et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1577-89
- 19 Sedó-Masís P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de costa rica. *Anales Gerontología*. 2010;(6):99-112.
- 20 Jacob E., Bull F., Neiman A.. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev. Panam Salud Publica* vol.14 n.4 Washington Oct. 2003.
- 21 Álvarez Aldana D, Rodríguez Beberyu. Octavio Montoro. Los primeros casos de diabetes tratados con insulina en Cuba. *Rev Cubana Endocrinol*. 2003 [citado 4 Mar 2011];14 (2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-295320030002000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 22 Garza Elizondo, M. E., G. Calderón Dimas, A. M. Salinas Martínez, G. M. Núñez Rocha y E. Villarreal Ríos, 2003, "Atribuciones y creencias sobre la

- diabetes mellitus tipo 2", *Revista Médica del IMSS*, vol. 41, núm. 6, pp. 465-472.
- 23 Alcozer, F., 2000, "Secondary Analysis of Perceptions and Meanings of Type 2 Diabetes Among Mexican American Women", *Diabetes Educator*, vol. 26, núm. 5, pp. 785-795
- 24 Browner, C. H., 1988, "Women's Secrets: Bases for Reproductive and Social Autonomy in a Mexican Community", *American Ethnologist*, vol. 15, pp. 84-97.
- 25 Echebarria, E. A. y González Castro, 1993, "Social Knowledge, Identities and Social Practice", *Papers on Social Representations*, vol. 2, num. 2, pp. 117-125.
- 26 Rubel, A. et al., 2000, Contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture, ponencia presentada en el encuentro de la American Applied Anthropology Society, 22 de marzo
- 27 Murray R, Spiegel y Larry J, Stephens. Estadística. McGraw-Hill/Interamericana. 3 ed. México, DF. 2012; p. 5.
- 28 Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, y Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. McGRAW - HILL Interamericana de México. Colombia, Bogotá. 1997; p. 284.
- 29 Hernández Sampieri Roberto, ib. vid. p. 196
- 30 Larrea Sánchez, María Sol. Influencia de la educación en diabetes, para el mejoramiento del costo – utilidad de los pacientes diabéticos afectados: Análisis en los centros de atención ambulatoria Chimbacalle y Suroccidental

del IESS en el período marzo 2006 – diciembre 2007. [Tesis]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito. 2008

- 31 Muñoz Reyna, AP; Ocampo Barrio, P. y Quiroz Pérez, Jr. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. México: Revista de Medicina Familiar. Vol. 9 (2) 87-91. Recibido: 12-01-06 Aceptado: 21-04-06
- 32 Alaba Trueba, Javier. Diabetes mellitus y calidad de vida en población geriátrica institucionalizada. España: Rev Esp Geriatr Gerontol; 42(Supl 1):16-21. 2007.

ANEXOS

Anexo N° 01**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****I. Datos Generales:****Historia Clínica N°**

1. Edad:.....
2. Género: Femenino () Masculino ()
3. **Peso :**
4. **Talla :**
5. Índice de Masa Corporal (índice de Quetelek):.....

II. Clínica de la diabetes mellitus

Edad del diagnóstico de diabetes:

Tiempo que se encuentra en el programa:

Enfermedades concomitantes antes (A) o después (D) del diagnóstico:

- Hipertensión si () no ()
- Patología cardíaca si () no ()
- Accidentes cerebro vasculares si () no ()
- Síndromes geriátricos si () no ()
- Demencia si () no ()
- Desnutrición si () no ()
- Incontinencia urinaria si () no ()
- Incontinencia fecal si () no ()

Resultado de glucosa en los últimos 3 meses

III. Alteraciones de la capacidad funcional:

1. Alteraciones de la función cardiaca presente () ausente ()
2. Alteración de enfermedad vascular presente () ausente ()
3. Hospitalizaciones si () no ()
4. Frecuencia de consultas adecuada () no adecuada ()
5. Percepción de salud adecuada () no adecuada ()

IV. Motivo de la hospitalización:

Anexo N° 02**ENTREVISTA****I. Datos Generales:****Historia Clínica N° (tarjeta de control)**

1. Dirección:

2. Edad:.....

3. Género: Femenino () Masculino ()

II. Clínica de la diabetes mellitus

a. A qué edad le diagnosticaron diabetes:

b. Tiempo que se encuentra en el programa:

c. Que enfermedades presento previo al diagnóstico de la enfermedad:

• Hipertensión si () no ()

• Patología cardiaca si () no ()

• Accidentes cerebro vasculares si () no ()

Síndromes geriátricos si () no ()

Demencia si () no ()

Desnutrición si () no ()

Incontinencia urinaria si () no ()

Incontinencia fecal si () no ()

d. Que enfermedades le diagnostico después de la enfermedad

• Hipertensión si () no ()

• Patología cardiaca si () no ()

• Accidentes cerebro vasculares si () no ()

Síndromes geriátricos si () no ()

Demencia si () no ()

Desnutrición	si () no ()
Incontinencia urinaria	si () no ()
Incontinencia fecal	si () no ()

III. Como considera su estilo de vida después del inicio en el programa en los siguientes aspectos:

- | | |
|--|------------------------------|
| a. Higiene personal | realiza () no realiza () |
| b. Alimentación sana | realiza () no realiza () |
| c. Descanso | realiza () no realiza () |
| d. Recreación | realiza () no realiza () |
| e. Medicación (cumple) | realiza () no realiza () |
| f. Actividad física | adecuado () no adecuado () |
| g. Estilo de vida en el trabajo | adecuado () no adecuado () |
| h. Consumo de sustancias tóxicas (basta con una sola respuesta): | |
| • Alcohol | si () no () |
| • Tabaco | si () no () |
| • Sustancias ilícitas | si () no () |

Apellidos y nombres del entrevistador