

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

TESIS DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTORA:

BR. YSABEL OTILIA RODRIGUEZ VÁSQUEZ

ASESORA:

DRA. AMALIA LOLI PONCE

NUEVO CHIMBOTE- PERÚ

2015

Registro N° _____



CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRIA

Yo, Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: **“ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.”** elaborada por la bachiller YSABEL OTILIA RODRÍGUEZ VÁSQUEZ para obtener el Grado Académico de Maestra en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, 20 de octubre del 2015

Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE

ASESORA



UNS
ESCUELA DE
POSTGRADO

HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

**ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

Dra. Ysabel Morgan Zavaleta

PRESIDENTA

Dra. Carmen Serrano Valderrama

SECRETARIA

Mg. Yolanda Rodríguez Barreto

VOCAL

DEDICATORIA

*A mi amado padre **Díos**,
agradecimiento eterno por
permanecer siempre conmigo y
darme fuerzas para seguir
adelante.*

*A mi madre, **Isabel**, que desde
donde está me da su bendición
todos los días, recuerdo sus
palabras y su ejemplo como
mujer luchadora, estará siempre
en mi alma.*

*A mi amado esposo, **Carlos**, que me
apoya en todos mis proyectos y
respalda en mi ausencia los
momentos que nuestras hijas nos
necesitan, quien comparte mis
temores, dudas y tiene la palabra
que me incentiva a confiar en mí.
Te amo.*

*A mis dos preciosas y adoradas
hijas, **Ysabella** y **Karla**, que
siempre tienen palabras
amorosas y de aliento, las amo.*

Ysabel

AGRADECIMIENTO

*A mí asesora, Dra. Amalia Lolí Ponce,
por sus enseñanzas y constante apoyo
en el desarrollo de la presente tesis.*

*A los pacientes con diagnóstico médico
de diabetes mellitus tipo 2, que
participaron en la investigación y
cuyas experiencias sirvieron para
tener una visión más amplia de la
enfermedad, y lograr que Enfermería
brinde un mejor cuidado.*

Ysabel

ÍNDICE	Pág.
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación....	15
1.2 Antecedentes de investigación.....	18
1.3 Formulación del problema de investigación.....	23
1.4 Delimitación del estudio.....	23
1.5 Justificación e Importancia de la investigación	24
1.6. Objetivos de la investigación:.....	25
CAPÍTULO II	26
MARCO TEÓRICO	27
2.1 Fundamentos teóricos de la investigación	27
2.2 Marco conceptual	37
CAPÍTULO III	51
MARCO METODOLÓGICO	52
3.1 Hipótesis Central de la investigación	52
3.2 Variables e indicadores de la investigación	52
3.3 Métodos de la investigación	53
3.4 Diseño o esquema de la investigación.....	54
3.5 Población y muestra	54

3.6. Actividades del proceso investigativo	55
3.7 Técnicas e instrumentos de la investigación.....	55
3.8. Procedimiento para la recolección de datos.....	61
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	61
CAPITULO IV	62
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
CAPÍTULO V	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1. CONCLUSIONES	77
5.2. RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	90

LISTA DE CUADROS

Pág.

CUADRO N°01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.	63
CUADRO N°02: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.	65
CUADRO N°03: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE,2014.	67

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N°01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.	64
GRÁFICO N°02: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.	66

TÍTULO: ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

AUTORA: Br. Ysabel Otilia Rodríguez Vásquez

ASESORA: Dra. Amalia Loli Ponce

RESUMEN

La presente investigación de diseño descriptivo trasversal y correlacional, tuvo como objetivo general conocer la relación entre los estilos de vida y las estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. La muestra fue 62 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados empleando el Software especializado de estadística The Package Sottisfical for the Sciences (SPSS) VERSIÓN 19.0 y se analizaron mediante la prueba de independencia de criterios (Chi-Cuadrado, χ^2), correlación de Pearson (r), y Odd Ratio (OR). Para identificar los estilos de vida se aplicó el Instrumento de Medida de Estilos de vida de diabéticos (IMEVID) construido por López, Ariza, Rodríguez, y Munguía (2003) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IVA) de Cano Vindel y Miguel Tobal (1992). Obteniéndose las siguientes conclusiones:

- El 91,9% de los pacientes presenta un regular estilo de vida con diabetes mellitus tipo 2, el 8,1% un buen estilo de vida.
- El 53,3% presentan estrategias de afrontamiento medianamente favorables, el 43,5% estrategias favorables y en un 3,2% estrategias desfavorables.
- No existe relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

PALABRAS CLAVE: Estilos de vida, estrategias de afrontamiento, diabetes mellitus.

TITLE: LIFESTYLES AND COPING STRATEGIES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS PONCE MEDICAL CENTER. CHIMBOTE, 2014.

AUTHOR: Br. Ysabel Otilia Rodríguez Vásquez

ADVISER: Dra. Amalia Loli Ponce

ABSTRACT

The investigation of transverse and correlational descriptive design had as general objective to know the relationship between lifestyle and coping strategies of patients with type 2 diabetes mellitus. The sample was 62 patients with type 2 diabetes mellitus, which met the criteria inclusion. The data were processed using specialized software statistical The Package Sottisfical for the Sciences (SPSS) Version 19.0 and analyzed by the test of independence of criteria (Chi - Square, X²) Pearson correlation (r) and Odd Ratio (OR) . To identify the lifestyles Measurement Instrument Lifestyles diabetic (IMEVID) built by Lopez Ariza Rodriguez and Munguia (2003), regarding coping strategies are applied Coping Strategies Inventory was applied (VAT) Cano Vindel and Miguel Tobal (1992). The following conclusions are:

- 91.9 % of patients have a regular lifestyle with diabetes mellitus type 2, 8.1% a good lifestyle.
- 53.3 % have moderately positive coping strategies, 43.5 % favorable strategies and by 3.2 % unfavorable strategies.
- There is no statistically significant relationship between lifestyles and coping strategies of patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Lifestyle, coping strategies, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la diabetes puede ser diagnosticada fácilmente y que existen cada vez más tratamientos disponibles para ayudar a las personas que padecen esta enfermedad, mantener bajo control sus niveles de glucosa, las consecuencias del mal control y la mortalidad por diabetes continúan en aumento (ADA, 2005).

El paciente con diabetes mellitus tipo 2, requiere adaptarse tanto a la evolución de la enfermedad, como a las demandas que la enfermedad le plantea en su vida diaria. Esto incluye dieta, ejercicio, medicamentos orales, insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar y revisión periódica por el equipo de salud (Ortiz, 2006) (Segura, 2012).

Por tal razón, es necesario identificar el estilo de vida del paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 y cómo afronta su enfermedad desde su apreciación personal, dado que compromete indistintamente todos los aspectos de la vida, causando alteraciones a nivel físico, psicológico, emocional y social afectando, la calidad de vida de las personas que la padecen y del grupo familiar. El paciente con diabetes debe aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad con sus recursos personales debido a que la diabetes Mellitus conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura y que el tratamiento es por siempre, se hace necesario una modificación de hábitos y modos de vida, lo cual exige adquirir normas y nuevos papeles, que influirán de forma directa en las medidas terapéuticas para su control (Lazcano, 2006).

El impacto emocional y conductual que se observa en la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes, se debe a que tienen que asumir una enfermedad que durará toda la vida, y tener que modificar sus comportamientos con el propósito de sobrellevar saludablemente las situaciones que se le presenten. Así, el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, representa una de las variables personales reconocidas como intervinientes para que el individuo que padece una enfermedad crónica logre aceptarla (Morales, 2012).

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación

La diabetes mellitus tipo 2, constituye una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece; la hiperglicemia persistente es el principal factor para el desarrollo de todas las manifestaciones tardías de la diabetes; el tratamiento dirigido a disminuir la glucosa a valores normales ha probado beneficio en disminuir significativamente el desarrollo o progresión a retinopatía, neuropatía, o nefropatía. Siendo posible prevenir las manifestaciones tardías si se interviene precozmente (Calderón, 2003).

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones debido probablemente a los diversos cambios a los cuales se ha enfrentado el hombre durante los últimos años, que conllevaron a descuidar su salud. En tal contexto, la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más comunes de nuestros tiempos, producida principalmente por los malos hábitos alimenticios que la población ha adoptado debido a las variaciones constantes del quehacer diario, situación que ha traído consigo el no tener un cuidado adecuado por la alimentación (OMS, 2013).

Hoy en día, en el mundo, hay 382 millones de personas que viven con diabetes. Más de 316 millones sufren tolerancia anormal a la glucosa y corren un riesgo elevado de contraer la enfermedad; un alarmante número que se prevé que alcance los 471 millones en 2035 (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

La Diabetes Mellitus es reconocida internacionalmente como un problema creciente de salud, calculándose que cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a esta causa, 8700 personas fallecen cada día y se producen 6 muertes cada minuto (Bordón et al, 2008).

Un 80% de las personas con diabetes vive en países de ingresos medios y

bajos, y los socialmente menos afortunados de cualquier país son los más vulnerables a la enfermedad. Cada seis segundos una persona muere de diabetes.

El desarrollo económico ha transformado los estilos de vida. Estas rápidas transiciones están provocando unas inéditas tasas de obesidad y diabetes. Los países en vías de desarrollo se enfrentan a muchos problemas de salud con recursos insuficientes para proteger a su población. (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

El Presidente de la Asociación de Diabetes del Perú ADIPER, Dr. Godoy, con motivo del Día Mundial de la Diabetes que se conmemora el 14 de noviembre, informó que existen casi trescientos millones de personas que padecen Diabetes Mellitus en todo el mundo, de los cuales dos millones corresponden a nuestro país (Asociación de Diabetes del Perú, 2009).

Según la OMS en el 2000 había 754 mil peruanos diabéticos, presumiéndose que para el 2030 la cifra llegará a 1'961,000 personas con dicho mal en nuestro medio. Conforme a lo reportado por el Ministerio de Salud, la Diabetes Mellitus ha cobrado la vida en el 2000, de 1836 peruanos, siendo esta enfermedad la décimo tercera causa de mortalidad en el país (OMS, 2013).

Según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (MINSA) del año 2003 "En el Perú, Diabetes Mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

El número de personas con diabetes tipo 2 está creciendo rápidamente en todo el mundo. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida. A esta situación se añade que un gran número de personas con este tipo de diabetes permanece sin diagnosticar durante muchos años; siendo el riesgo de muerte dos veces mayor que en las personas sin diabetes (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

En el Perú, la prevalencia de diabetes es del 1% al 8% de la población general,

encontrándose a Piura y Lima como los más afectados (2,5%).

En el Departamento de Ancash; Chimbote, tenemos el hospital de Es Salud III donde en el año 2011 reportó dos mil seiscientas personas con esta enfermedad con un incremento en un 30% de los pacientes en relación al año anterior, cuyas edades oscilan entre 30 y 40 años (Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de EsSalud, 2014). También reportó que el año 2014, tres mil trescientos noventa y siete pacientes de los cuales 1910 fueron de sexo femenino y 1487 fueron de sexo masculino. (Oficina Estadística EsSalud, 2014). En ese mismo año, el programa de diabetes mellitus de EsSalud I Cono Sur registró 447 pacientes con esta patología, siendo 254 de sexo femenino y 193 de sexo masculino. (Oficina Estadística EsSalud I Cono Sur, 2014).

La obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión arterial fueron factores predisponentes para el desarrollo de la enfermedad citada. Por ejemplo en el período 2010 a 2011 se habían inscrito cinco mil personas hipertensas, de las cuales el 50% eran diabéticas (Oficina Estadística EsSalud I Cono Sur, 2014).

En Chimbote el Hospital La Caleta (MINSA) y los 49 establecimientos de la Red de Salud Pacífico Norte reportaron en el 2014, 1030 nuevos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 duplicando la cifra con respecto al año anterior (Oficina Estadística Hospital La Caleta- Chimbote).

En Nuevo Chimbote el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” (EGB) reportó en el año 2011, 610 pacientes con diabetes mellitus cuyo grupo mayoritario tuvo entre 30 y 59 años y un grupo menor entre 18 y 20 años, en el primer trimestre del 2014 fueron atendidos 642 pacientes y en el primer trimestre de este año 2015 se reportaron 460 casos de estos 47 fueron hospitalizados por crisis de hiperglicemia (Oficina Estadística EGB, 2015).

Se debe dar prioridad a prestar una buena atención y tratamiento a las personas ya identificadas con diabetes; siendo el profesional de enfermería el encargado de la valoración del paciente para determinar su estado de salud, donde planifica e implementan las intervenciones adecuadas y posteriormente evalúa su efectividad.

El profesional de enfermería debe proporcionar asistencia adecuada y

personalizada para lograr que el paciente manifieste sus sentimientos, reduzca su ansiedad y/u otro estado emocional negativo, que interfiera con su tratamiento.

En nuestra institución, Centro Médico Ponce, en agosto del 2013 se apertura un Registro de pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2. Desde esa fecha, hasta enero de este año la cantidad registrada fue de 93 pacientes con edades entre 24 y 70 años, cifra que va en aumento. En las citas de control de nuestros pacientes diabéticos observamos que no logran mantener los niveles de glucosa manifestando ansiedad, cierto grado de depresión, indiferencia hacia la enfermedad haciendo caso omiso del tratamiento médico, dieta, etc. y/o manifestando muchas dudas con respecto a esta patología (Centro Médico Ponce, 2014).

1.2 Antecedentes de investigación

1.2.1 A Nivel Internacional

En México. Lazcano, M. (2006). En la investigación “ Estrés, Afrontamiento y Adaptación Psicosocial en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ” el propósito del estudio fue examinar la capacidad explicativa de un modelo de enfermería que interrelaciona el estrés percibido, estrategias de afrontamiento cognoscitivo, adaptación fisiológica y la variable resultado calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio permitió probar algunas de las relaciones propuestas del Modelo de Adaptación de Roy: el tiempo influye en la adaptación: a) el tiempo influye en la adaptación fisiológica, b) los estímulos (estrés) pueden influir en las estrategias de afrontamiento cognoscitivo. La media de edad de los participantes fue de 52,26 años. El tiempo de diagnóstico influyo en la adaptación fisiológica; sin embargo no influyó en la adaptación psicosocial. Se encontró que el estrés percibido influye en las estrategias de afrontamiento, adaptación psicosocial y calidad de vida de los participantes.

En Cuba. Bordón, M., Camarero, O., Carrió, J. y cols. (2008). En su estudio “Comportamiento de Variables Psicológicas en Pacientes con Diabetes Mellitus

Tipo 2". En la muestra estudiada predominó el sexo femenino, las edades entre 20 y 49 años, el estado civil casado, el nivel escolar pre-universitario y el tiempo de evolución menor de 5 años. La autoestima se manifestó de forma favorable. La casi totalidad de la muestra presentó un estilo de vida Inadecuado. Predominó el afrontamiento centrado en el problema en ambos sexos. Dentro de las estrategias de afrontamiento primó la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo social y la huida - evitación. Existe una fuerte relación de dependencia entre las variables tiempo de evolución y estilos de afrontamiento.

En México. Almeida, G., Rivas, V. (2008). En el estudio "Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus Tipo 2". La muestra estuvo constituida por 50 personas con diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a control en la consulta externa del Centro de Salud Regional de Capacitación No. 1, Tierra Colorada, de Villahermosa, Tabasco. El promedio de edad fue de 49.4 años; el 22% del sexo masculino y 78% del sexo femenino. El tiempo promedio de diagnóstico de DMT2 fue de 7.7 años. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes el 48% presentaron estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), mientras que el 52% utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social). Estas estrategias inadecuadas impiden que los adultos con DMT2 afronten su enfermedad y efectúen acciones de control.

En México. Montejo, M. (2009). En su estudio "Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston". Obtuvo como resultados, una población mayoritariamente femenina, de edad avanzada, con estilos de vida en su mayoría malos y con descontrol glucémico. Existe posibilidad de presentar descontrol glucémico si se obtienen en el IMEVID 72 puntos o menos. El valor asignado a la salud es el único constructo socio cognitivo que se asocia significativa y positivamente con el estilo de vida del paciente diabético. Se concluyó que los estilos de vida del paciente diabético en las UMF investigadas son en su mayoría inadecuados.

En Argentina. Azzollini, S., Vera, B. y Vidal, V. (2010) en su investigación “El afrontamiento de la diabetes Tipo 2 y su relación con las prácticas de autocuidado”. Los resultados demostraron que las personas que valoran la situación como desafío presentan un mayor cumplimiento de las pautas de autocuidado. Además, todos los afrontamientos activos correlacionan positivamente con las diferentes prácticas de autocuidado, mientras que el afrontamiento pasivo y el evitativo correlacionan negativamente con una o más de ellas. Quienes poseen un nivel sociocultural medio-alto tienen mayor probabilidad de valorar la situación como desafío.

En México. Galicia, L., Gómez, S., Martínez, L. y cols. (2010) en su investigación “Estrategia de afrontamiento de la Diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida”. El estilo de vida se investigó mediante el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID). Para la evaluación de tipo de afrontamiento se empleó la escala de Estrategia de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos. Concluyendo que la estrategia de afrontamiento activo de la enfermedad es factor de riesgo para el estilo de vida favorable en el paciente diabético tipo 2.

En México. Gómez, P., Ávila y Mandila, J. (2011). En su estudio “Estilo de vida y control metabólico en Diabetes tipo 2 de comunidad urbana de Yucatán México”. Se concluyó que si necesitamos determinar el estilo de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 a fin de desarrollar propuestas de intervención hacia los estilos de vida más saludables sin pretender que sea el “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas, dependerá de cada individuo, dentro del contexto cultural y social, y del momento en el que se desarrolle su vida, entre otros elementos a considerar.

En España. Vázquez, M., Bande, M., Pérez, A. y cols. (2011) en su investigación “Afrontamiento y manejo de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1”. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el manejo de la DM. Para la evaluación de los EA se utilizó el Cuestionario Médico de Estrategias de Afrontamiento de Feifel, que diferencia 3 EA: confrontación (C), evitación (E) y/o aceptación resignada (AR),

estableciendo un índice total de afrontamiento (IMCMQ). Esta investigación concluyó que los pacientes utilizan un EA-C, entendido éste como aquel en el que la persona trata de entender y abordar abiertamente la situación.

En México. Morales, O. (2012) en su investigación “Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2”. Para medir estas variables se emplearon las versiones adaptadas en población mexicana del Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes (PAID) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, así como el porcentaje de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c). Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes mostraron ganancias clínicas y estadísticamente significativas en las variables estudiadas al final de la intervención y durante el seguimiento. Los hallazgos de este estudio, sugieren que las intervenciones grupales basadas en un enfoque cognitivo-conductual son efectivas para modificar las variables abordadas en los pacientes con diabetes tipo 2.

En México. Cantú, P. (2014). En su investigación “Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Se concluyó que un 59,92% se caracteriza por tener una conducta “moderadamente saludable” y solamente el 13,85% de estos se catalogó como “poco saludable”. Se detectó una correlación significativa entre el estilo de vida evaluado y las dimensiones consideradas, excepto con el estado emocional. Asimismo, se estableció una relación entre el estilo de vida evaluado y el percibido por los participantes.

1.2.2 A Nivel Nacional:

En Chiclayo. Nieto, C. y Prada, A. (2011). En su investigación “Proceso de Adaptación de los Adultos Maduros con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el H.N.A.A.A. Chiclayo-2011”. Estudio cualitativo, con una metodología de enfoque fenomenológico. Concluyó que los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 con un tiempo de diagnóstico de 2 años se logran adaptar progresivamente a la enfermedad, debido a que emplean mecanismos de afrontamiento eficaces. Se afirma que los adultos mayores cumplen con el

tratamiento farmacológico de la enfermedad en su totalidad, sin embargo lo más difícil es la dietoterapia. En cuanto a los modos de adaptación cumplen con el modo fisiológico, el modo de rol, el modo de auto concepto y el modo de interdependencia. El estrés y los problemas familiares influyen negativamente en la adaptación de los adultos maduros con Diabetes Mellitus tipo 2.

En Tarapoto. Giove, R. y Becerril, M. (2011). En su investigación “Percepción de la diabetes mellitus tipo 2 por adultos en la ciudad de Tarapoto”. Desde la metodología cualitativa, en entrevistas en profundidad y grupos focales realizadas entre agosto 2009 y abril 2011 a treinta y nueve adultos diabéticos en Tarapoto. La interacción de las dimensiones cognitiva, actitudinal, conductual y social, muestra un modelo con adecuado nivel cognitivo, Algunas creencias y prejuicios instalados en el paciente y en su entorno, favorecerían el abandono del tratamiento. La actitud de los participantes evaluada mediante la percepción de la estabilidad y del daño global o específico, mostró que la negación es el principal método de afrontamiento. El entorno social participa permanente y activamente. La familia, los allegados y los pares, conforman una red de apoyo, percibida como positiva por los pacientes, pero sin ayudar efectivamente al control glicémico. El actual modelo biomédico de abordaje de la DM2 no satisface las necesidades de los afectados, ni concuerda con el modelo explicativo hallado, requiriéndose un modelo médico multidimensional e integral, que incorpore lo psicológico y lo social, centrándose en el paciente y no en la enfermedad, y que incluya el diálogo transcultural y la presencia del entorno familiar en la relación médico –paciente. Priorizaron además dentro de los determinantes de la salud, el fomento de estilos de vida saludables, del programa de Atención Primaria para la DM 2, hacia el logro de la salud y el bienestar.

En Lima. Lostaunau, A. (2013). En su investigación “Ansiedad Rasgo y Recursos de Afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Lima”. Se encontró que aquellos pacientes que asisten a un hospital de Lima Metropolitana, que tienen de diez a más años con el diagnóstico, presentan mayores niveles de ansiedad rasgo que aquellos que tienen menos tiempo de diagnóstico. Finalmente, se realizó el análisis de correlación entre la ansiedad

rasgo y los recursos de afrontamiento, obteniéndose correlaciones inversas estadísticamente significativas en la mayoría de los casos. Se obtuvo una correlación inversa y pequeña entre la ansiedad rasgo y la escala global de recursos de afrontamiento; esto quiere decir, que a mayor puntaje en la escala global de recursos de afrontamiento, menor será el puntaje de la ansiedad rasgo y viceversa.

1.1.3 A Nivel Local

En Nuevo Chimbote. Alegre, E., Montañez, E. (2004). En su investigación “Nivel de Autoestima y su Relación con el Estilo de Vida del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, atendido en consultorio externo de Endocrinología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote”. Se obtuvo como conclusiones que el estilo de vida en este grupo de pacientes es inadecuado (54,4%) y adecuado (45,6%); y el nivel de autoestima baja presenta un estilo de vida inadecuada (53,6%) y adecuada (46,4%); y el nivel de autoestima alta presenta un estilo de vida inadecuada (58,3%); y adecuada (41,7%). No se encontró una relación significativa entre ambas variables.

1.3 Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014?

1.4 Delimitación del estudio

La investigación se realizó en el Centro Médico Ponce, ubicado en el Jr. Manuel Ruiz N° 1289-1293, P.J. Bolívar Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Región Chavín, se encuentra a una distancia de 1Km aproximadamente y a un tiempo de 5 minutos en movilidad del centro de Chimbote. Esta institución fue creada en enero del año 2000; brinda atención a la población de Chimbote y zonas aledañas como Cambio Puente, Cascajal, Chachapoyas, Coishco, Guadalupito, Lacramarca, Moro, Nepeña, Jimbe, Santa, Tamborreal, Nuevo Chimbote y otros.

Cuenta con vías de acceso; por el Jr. Manuel Ruiz. El establecimiento tiene un área comercial de 100 m²; distribuido: primera sala: 01 ingreso, 01 admisión, 01 sala de espera, 01 farmacia, 01 consultorio médico, 01 consultorio ecográfico, 01 baño. Segunda Sala: 01 sala de espera, 01 tópico, 01 depósito, 01 baño, 01 consultorio de psicología, 01 consultorio de dermatología.

La atención promedio diario es de 50 a 70 pacientes aproximadamente, los que son atendidos en horario de mañana y tarde. No hay hospitalización.

Los servicios que se brindan es atención en medicina general, psicología, dermatología, atención en tópico de enfermería, cirugías menores, servicio de ecografía, electrocardiograma, laboratorio clínico.

El recurso humano que brinda atención son 02 médicos generales, 01 psicóloga, 02 licenciadas en enfermería, 02 técnicas de enfermería, 02 tecnólogos médicos, 01 químico farmacéutico, 01 técnica en farmacia, 02 vigilantes y 01 personal de limpieza.

1.5 Justificación e Importancia de la investigación

En los pacientes con diabetes mellitus, el estilo de vida juega un papel fundamental; en donde más allá de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado resulta importante la modificación de éste, lo que permitirá actuar de manera eficaz y dirigida en el área que presente más acciones inadecuadas logrando que el paciente asuma la responsabilidad de su propio cuidado, siendo esta una enfermedad crónica.

Ante el conocimiento de su enfermedad, el paciente evalúa su situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente), para resolver los problemas de manera cognitiva o conductual optimizando sus respuestas de afrontamiento.

Conocer el estilo de vida y las estrategias de afrontamiento permitirán al profesional de enfermería, categorizar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para brindar un cuidado personalizado ya que esta enfermedad lo

acompañara hasta su muerte, presentando períodos de mejoría y descompensación.

Siendo conocedores que la diabetes mellitus tipo 2 constituye uno de los problemas de salud más importantes en el Perú y que el número de pacientes ha ido incrementando rápidamente; 65,683 nuevos casos reportados hasta Julio del 2014 (MINSa, 2014), se tiene la necesidad de tener un mayor conocimiento del estilo de vida y estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes ante esta enfermedad para implementar programas preventivos que eviten la aparición de complicaciones como ceguera, pie diabético, daño renal, etc. y mejorar su calidad de vida

1.6. Objetivos de la investigación:

1.6.1 Objetivo General

Conocer la relación entre estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

1.6.2 Objetivos Específicos

-Identificar los estilos de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

-Identificar las estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

-Determinar la relación entre los estilos de vida: nutrición, actividad física, hábitos nocivos, acceso a la información, emociones, autocontrol de la enfermedad y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentos teóricos de la investigación

2.1.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2

En la diabetes mellitus, el diagnóstico de la enfermedad suele ser vivido como una pérdida del equilibrio fisiológico y una limitación en el estilo de vida, el cual se refiere a los patrones de conducta elegidos entre las alternativas disponibles de acuerdo con la capacidad de elección de las personas y sus circunstancias socioeconómicas (Gómez y cols, 2010).

Definición

La diabetes mellitus, es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia.

Clasificación

Diabetes mellitus tipo 1 (destrucción de células beta que lleva a deficiencia absoluta de insulina).

Diabetes mellitus tipo 2 (defecto progresivo en la secreción de insulina, asociado a aumento en la resistencia a la insulina).

Esta forma de diabetes representa del 90 al 95 % de los casos de diabetes, referida anteriormente como diabetes no insulino dependiente o diabetes del adulto. Además a menudo es asociada a una fuerte predisposición genética mucho más que la forma autoinmune de la diabetes tipo 1; sin embargo la genética de esta forma de diabetes es compleja y no está definida claramente (Morales, 2012).

Existen probablemente diversas causas que provoquen esta forma de diabetes. Aunque la etiología específica aún no es conocida del todo, la destrucción autoinmune de las células β no ocurre en la diabetes tipo 2. La mayoría de los pacientes que padecen diabetes tipo 2 sufren de obesidad y la obesidad en sí causa cierto grado de resistencia a la insulina, igualmente muchos de estos pacientes no cumplen un criterio tradicional de obesidad, pero tienen un alto

porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal. Por otra parte la cetoacidosis ocurre rara vez de forma espontánea en este tipo de diabetes.

La diabetes tipo 2 usualmente surge asociada al estrés. Este tipo de diabetes frecuentemente permanece sin diagnosticar por muchos años debido a que la hiperglucemia se desarrolla gradualmente y las primeras etapas de la enfermedad no son lo suficientemente severas para el paciente y no le permiten darse cuenta de alguno de los clásicos síntomas que acompañan a la diabetes. (Morales, 2012). Diabetes gestacional (diagnosticada durante el embarazo, que no cumple criterios posteriores de diabetes)

Otros como los causados por defectos genéticos en la función de las células beta, defectos genéticos en la acción de insulina, enfermedad del páncreas exocrino (fibrosis quística) o inducida por sustancias químicas o medicamentos (tratamiento de HIV/ después de trasplante de órgano).

Sintomatología

Con frecuencia la diabetes pasa de forma desapercibida porque sus síntomas aparentan ser inofensivos. Los síntomas de la diabetes son similares entre la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 y la diabetes gestacional y se pueden identificar la pérdida de peso asociada frecuentemente con la polifagia, el aumento en la sed o polidipsia, la necesidad de orinar frecuentemente conocida como poliuria, la fatiga, debilidad, visión borrosa e irritabilidad, así como la susceptibilidad a ciertas infecciones (Morales, 2012).

Diagnóstico de diabetes

Uno de los siguientes hallazgos hace diagnóstico de DM tipo 2:

-- HbA1C > 6.5%

-- Glucemia en ayunas > 126 mg/dl

-- Glucemia 2 horas después de prueba de tolerancia a glucosa oral > 200 mg/dl

-- Glucemia tomada aleatoriamente >200 mg/dl

Ventajas de la HbA1C: No requiere ayuno. Está menos influenciada por las variaciones día a día, dadas por el estrés agudo y la enfermedad.

Desventajas: su interpretación en presencia de anemia y hemoglobinopatía es problemática (gestación, pérdidas sanguíneas recientes, transfusión): en éste caso el diagnóstico ha de sustentarse en la glucemia en ayunas. La HbA1C diagnostica un tercio menos de casos de DM2 que glucemia en ayunas (>126 mg/dl). (Ramírez, 2 013).

¿A quiénes realizar pruebas diagnósticas para diabetes?

Aquellos con sobrepeso u obesidad (Índice de Masa Corporal > 25 kg/m²) y con uno o más de los siguientes factores de riesgo adicionales: Sedentarismo, parientes en primer grado con diabetes

- * Etnia o raza de alto riesgo: afro-americanos, latinos.
- * Gestación con peso de bebé mayor a 4.08 Kg o con diagnóstico previo de diabetes gestacional.
- * Hipertensos (>140/90) ó en pacientes con anti-hipertensivos
- * Dislipidemia: HDL<35 y/o TG >250.
- * Ovario poliquístico
- * Obesidad grave
- * Enfermedad cardiovascular previa.

-- Aquellos pacientes sin los factores anteriores, mayores de 45 años. Si tienen glucemia normal, repetir prueba en 3 años.

Complicaciones

Según la Federación Internacional de Diabetes, las complicaciones más comunes a largo plazo son:

a) nefropatía diabética (enfermedad renal), que puede generar insuficiencia renal total y la necesidad de diálisis o trasplante de riñón.

b) enfermedad diabética del ojo (retinopatía y edema macular), lesiones de la retina del ojo que pueden generar pérdida de visión.

c) neuropatía diabética (enfermedad nerviosa), que puede generar ulceración y amputación de los pies y las extremidades inferiores.

d) enfermedad cardiovascular, que afecta al corazón y a los vasos sanguíneos y podría provocar complicaciones fatales como enfermedad coronaria cardíaca (que produce infarto de miocardio) y derrame cerebral.

Prevención de la diabetes mellitus tipo 2

Se encarga de desarrollar en el paciente habilidades en la solución de problemas relacionados con la enfermedad, incluye aspectos como el asesoramiento de la dieta, ejercicio y la intervención farmacológica. Los pacientes deben aprender como resultado de la educación como usar datos para ajustar la ingesta de comida, el ejercicio o la terapia farmacológica con el fin de alcanzar metas y glucemias específicas.

Educación para la salud de personas con diabetes

Se encarga de desarrollar en el paciente habilidades en la solución de problemas relacionados con la enfermedad, incluye aspectos como el asesoramiento de la dieta, ejercicio y la intervención farmacológica. Los pacientes deben aprender como resultado de la educación como usar datos para ajustar la ingesta de comida, el ejercicio o la terapia farmacológica con el fin de alcanzar metas y glucemias específicas. La educación mejora la conducta del paciente ante su enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia al tratamiento.

El tratamiento empleado para el manejo de la diabetes es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familiares frecuentemente no están preparados para enfrentar. Es por ello que los nuevos modelos de atención en diabetes tienen el objetivo de brindarle al paciente las herramientas necesarias para el manejo de su enfermedad mediante un equipo multidisciplinario que le otorgará educación y tratamiento durante el curso del padecimiento. Los factores psicosociales son importantes en todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad (FID, 2014), (Morales, 2012).

La educación mejora la conducta del paciente con diabetes

-- En pacientes con pre-diabetes se recomienda una pérdida del peso corporal de al menos 7%; actividad física moderada durante al menos 150 min/semana y uso de Metformina (especialmente en pacientes con IMC > 35 kg/m², menores de 60 años ó en mujeres con antecedentes de DG). Se recomienda que los pacientes obesos sean remitidos a programas de soporte para la obesidad.

-- La consejería y el seguimiento estrechos parecen ser claves para el éxito de las medidas terapéuticas.

-- Cada año debe realizarse a los pacientes con pre-diabetes, una glucemia en ayunas.

Prevención primaria de diabetes

- Pérdida de peso moderada (7% del peso corporal)-- Actividad física regular (150 min/semana)-- Reducción de la ingesta de calorías y reducción en la ingesta de grasa. Limitar la ingesta de bebidas azucaradas. Aumento de la ingesta de fibra (14 gms por cada 1000 kcal) y granos enteros (media porción diaria).

Estudios preliminares han revelado beneficios metabólicos en DM2 e IMC 30-35kg/m². Sin embargo, la evidencia es insuficiente para recomendar cirugía bariátrica con IMC <35kg/m². (FID, 2014) (Ramírez, 2013).

2.1.4 TEORIA DE LA INVESTIGACIÓN: MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALIXTA ROY (MAR)

El presente estudio se sustenta en la Teoría de Sor Callista Roy con el Modelo de Adaptación.

En el Modelo de Adaptación de Calixta Roy (MAR), se define a la adaptación como el proceso y el resultado por el que la persona, tiene la capacidad de pensar y de sentir, como individuo o como miembros de grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno.

Esta reacción de adaptación puede ser eficaz o no. Por consiguiente las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a las persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir no amenazan los objetos de adaptación

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base.

La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo.

Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno.

Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Raile, 2011).

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona.

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está

compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas; b) autoestima; c) función de rol, e d) interdependencia.

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento (Raile, 2011).

El subsistema regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, “reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos”.

El subsistema relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, “reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones”.

La percepción de la persona enlaza al regulador con el relacionador “y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador”.

Los cuatro modelos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación.

El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.

El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como “el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado”. El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y

del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual).

El modo de adaptación de la función de rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro.

El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación (Raile, 2011).

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo (Raile, 2011).

Con respecto al sistema social humano, Roy categoriza de forma amplia los procesos de control situados en el subsistema estabilizador y en el innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores

culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador se asocia con el subsistema relacionador del individuo y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento (Raile, 2011).

2.2 Marco conceptual

ESTILOS DE VIDA

Las personas tienen un papel activo en la conservación de su salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades, por medio de lo que hace o deja de hacer. Al relacionarse el comportamiento con la salud o la enfermedad estamos hablando del estilo de vida.

Estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2

Son patrones de conducta que adopta el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, respecto a su nutrición, actividad física, hábitos nocivos, acceso a la información, emociones y autocontrol de la enfermedad de manera consciente sobre la forma de vida que elige, lo cual tiene un impacto favorable o desfavorable en su salud y que será medido a través de un cuestionario referente al estilo de vida en diabéticos (IMEVID).

A. NUTRICIÓN

No hay una "dieta para la diabetes" específica. Se elabora un plan de comidas personalizado. Un plan de comidas es una guía que le indica qué tipos de alimentos consumir en las comidas y como refrigerios. El plan también le indica qué cantidad de alimentos consumir. Para la mayoría de las personas que tienen diabetes (y también para aquellas que no), una dieta saludable está constituida por un 40% a un 60% de calorías de carbohidratos, un 20% de proteínas y un 30% o menos de grasa. Debe ser baja en colesterol, baja en sal y baja en azúcar agregada. En general, en cada comida, podría tener 2 a 5 opciones (o hasta 60 gramos) de carbohidratos, 1 opción de proteínas y una determinada cantidad de grasa. El primer paso del plan nutricional es, medir las necesidades calóricas básicas del paciente en base a su edad, peso corporal y grado de actividad. La dieta debe cambiarse, adaptarse y modificarse según el impacto que cause en el paciente diabético, siendo el objetivo mantener los niveles adecuados de glucosa.

Plan alimenticio

Debe ser dirigido por un nutricionista que indique y le haga saber al paciente la

cantidad de grasa, proteínas y carbohidratos que el paciente necesita ingerir, la dieta debe adaptarse a la edad del paciente, el tipo de diabetes que padezca, el tratamiento farmacológico usado, así como los niveles de lípidos que presente, las condiciones médicas y debe focalizarse en la reducción de la grasa saturada y el colesterol. Las personas que padecen de diabetes tipo 1 deben comer a la misma hora a diario, así como ser cuidadosos con los alimentos que consumen, ya que de esta forma se previene a que los niveles de glucosa se eleven o disminuyan dramáticamente, por otro lado las personas con diabetes tipo 2 deben seguir una dieta balanceada y baja en grasas (Morales, 2012).

Carbohidratos

Los carbohidratos se encuentran en las frutas, las verduras, los frijoles, los productos lácteos y los alimentos con almidón, como el pan. Se debe consumir frutas frescas, en lugar de frutas enlatadas, jugos de fruta o fruta disecada. Ingerir verduras frescas y verduras congeladas o enlatadas. Los condimentos como la mayonesa sin grasa, el ketchup y la mostaza también son carbohidratos.

Proteínas

Las proteínas se encuentran en la carne, la carne de ave, el pescado, los productos lácteos, los frijoles y algunas verduras. La carne de ave y de pescado debe consumirse más a menudo que carne roja. Eliminar la piel de las aves y la grasa adicional de todos los tipos de carne. Los lácteos, como quesos y yogures deben ser sin grasa o reducidos en grasa.

Grasa

La mantequilla, la margarina, la manteca de cerdo y los aceites agregan grasa a los alimentos. La grasa también está presente en muchos productos lácteos y de carne. Evitar los alimentos fritos, los platos a base de mayonesa (a menos que estén hechos con mayonesa sin grasa), la yema de huevo, el tocino y los productos lácteos altos en grasa (Ramírez, 2013).

B. ACTIVIDAD FÍSICA

El hecho de practicar ejercicio cotidianamente posee efectos benéficos en

los pacientes con diabetes, ya que durante su práctica los músculos necesitan un aporte efectivo de energía para la contracción muscular y pasan de usar primordialmente ácidos grasos como fuente de energía a emplear el glucógeno muscular y la glucosa circulante, requiriendo un proceso metabólico que es coordinado por una serie de respuestas neurohormonales en las cuales disminuye la secreción de insulina y aumentan la secreción de hormonas contrareguladoras (Morales, 2012).

La actividad física como factor de estimulación cognitiva en el marco de la neuropsicología evidencian los beneficios de la actividad física a nivel neurológico. El entrenamiento cognitivo y motor que implica el deporte produce modificaciones selectivas y transitorias en la sustancia gris y en la sustancia blanca, tanto en jóvenes como en adultos. Se ha demostrado también que la actividad física produce la liberación de endorfinas, serotonina, dopamina y noradrenalina. Las endorfinas, especialmente, actúan sobre el cerebro, produciendo disminución de los niveles de ansiedad, depresión y estrés, dando lugar a una sensación de bienestar. Es importante mencionar que existen dos paradigmas, uno centrado en la condición física y otro en la actividad física. El paradigma centrado en la condición física se basa en el supuesto de que la condición física es quien media la relación entre la actividad física y la salud. Es decir, la actividad física no repercute por si sola sobre la salud, sino que permite la optimización de la condición física la cual implícitamente produce mejoras en la salud. En cambio, el paradigma centrado en la actividad física, adhiere a una perspectiva más amplia que considera que la actividad física repercute en la salud de manera directa e indirecta – por medio de la condición física -, contemplando otras variables tales como: herencia, estilo de vida, ambiente y atributos personales. En si misma influye en el estado de salud, independientemente del incremento de la condición física, la cual se relaciona con la salud a través del aumento de la actividad física (Pinto, 2011).

Tipo de ejercicio

El tipo de ejercicio dependerá principalmente si tiene algún otro problema de salud. Los más recomendados son ejercicios aeróbicos, que hacen que la respiración sea más profunda y que el corazón trabaje más. Entre los ejemplos

de ejercicios aeróbicos, se incluyen caminar, trotar, la danza aeróbica o montar en bicicleta. Si tiene problemas relacionados con los nervios de los pies o de las piernas el paciente con diabetes debe realizar un tipo de ejercicio que no implique demasiado esfuerzo para los pies. Estos ejercicios incluyen nadar, montar en bicicleta, remar. Independientemente del tipo de ejercicio que haga, debe hacer movimientos de precalentamiento (5 a 10 minutos) antes de comenzar y movimientos de enfriamiento (estiramientos suaves durante otros 5 a 10 minutos). El aumento es en forma gradual; la intensidad y la duración de su actividad física estarán en relación con la condición física. Los beneficios de hacer ejercicios superan a los riesgos. El ejercicio regular hace que el cuerpo sea más sensible a la insulina (se debe contar con un calzado adecuado).

El sedentarismo

Es la falta de actividad física regular definida como: Menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días de la semana. El sedentarismo disminuye la eficiencia del corazón, aumenta el pulso y la presión arterial; favorece el exceso de peso; propicia la mala circulación, aumenta la sobrecarga emocional asociada al estrés, disminuye la disposición al trabajo. Cada persona debería tener el hábito de realizar un ejercicio moderado o bajo como el caminar, actividades de jardinería, y subir escaleras por espacio de 30 minutos diarios y no menos de tres veces a la semana. (Pinto, 2011).

C. HÁBITOS NOCIVOS

El tabaquismo, el alcohol y la mala alimentación son los cuatro hábitos más nocivos para la salud.

Hábito de fumar

Es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica que al asociarse a pacientes con diabetes mellitus conlleva a múltiples complicaciones y es el factor de riesgo además que puede eliminarse con mayor rapidez y facilidad (Hernández et al, 2006).

Fumar aumenta los niveles de sangre del cuerpo y disminuye la capacidad del

cuerpo de utilizar insulina. Puede también cambiar la forma como el cuerpo acumula el exceso de grasa, aumentando la grasa alrededor de la cintura, la cual está relacionada con la diabetes. El daño que los químicos del tabaco hacen a los vasos sanguíneos, los músculos y los órganos también aumenta el riesgo de diabetes.

Las personas que fuman con frecuencia (a intervalos cortos) son muy susceptibles a desarrollar diabetes. Son muy propensos a la retinopatía en desarrollo y la inmovilidad articular. Si el paciente diabético no dejar de fumar, entonces hay posibilidades de mortalidad prematura (Sánchez, 2012).

Bebidas alcohólicas

Los licores están totalmente contraindicados por su alto porcentaje de azúcar.

Pero además, el consumo de alcohol puede producir hipoglucemia y estimular al diabético a comer alimentos prohibidos. Por ello, es muy importante que estos pacientes tengan la precaución de controlar sus niveles de glucosa antes de beber alcohol y no salirse de su dieta regular por sentirse más relajado al estar bajo los efectos del mismo.

El alcohol pasa al torrente sanguíneo a los cinco minutos después de haberlo ingerido. Esto porque el alcohol no se digiere. Si toma una muestra de sangre puede registrar un alta en sus niveles de glicemia. Entre treinta a noventa minutos luego de haber tomado un trago el alcohol alcanza su nivel pico en el torrente sanguíneo.

La presencia de bebidas alcohólicas en reuniones familiares, de negocio y pasadías podrían poner en riesgo el control y tratamiento de su diabetes. El alcohol es metabolizado por el cuerpo de modo similar a la forma en que se metabolizan las grasas, es alto en calorías y puede hacer que sus niveles de glicemia suban de golpe. A pesar de que el alcohol no está totalmente restringido en su tratamiento de diabetes, el consumo de bebidas alcohólicas no debe ser de más de dos por día, si es hombre y una bebida por día si es mujer. Antes de ingerir una bebida alcohólica se debe de considerar:

- Los niveles de glicemia deben de estar controlados

- La presión arterial debe ser estable
- Los niveles de triglicéridos deben ser normales
- No debe tener una enfermedad pancreática
- No debe presentar patología hepática
- No debe de padecer de retinopatía diabética, cataratas o glaucoma
- No debe presentar complicaciones gastrointestinales: intolerancia al gluten, intestino irritable (Sannndvik, 2013).

Bebidas Gaseosas

Son un factor de riesgo muy importante para la Diabetes Mellitus tipo 2, por lo que siempre se debe conocer los hábitos dietéticos de los pacientes para ser evaluados y modificados. Las bebidas gaseosas conducen a un aumento de peso debido a su alto contenido de azúcar y su metabolismo incompleto; aumentando el riesgo de Síndrome Metabólico y Diabetes Mellitus tipo 2 debido a la resistencia a la insulina y a la disfunción de las células β e inflamación.

Cada 330ml de gaseosa contienen entre seis y diez cucharaditas de azúcar.

El consumo diario de 336 mililitros de refresco azucarado, lo que equivale a aproximadamente una lata de gaseosa, aumenta hasta un 22 % el riesgo de padecer diabetes tipo 2, revela un estudio del Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición.

Aunque este es el primer gran estudio europeo que analiza este riesgo, en Estados Unidos ya se habían realizado otros similares en los que se detectó un aumento del 25 % en el riesgo de padecer diabetes tipo 2 por cada bebida azucarada ingerida diariamente (Vasanti et al, 2010).

D. ACCESO A LA INFORMACIÓN

Está relacionado a la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información y no solo hace referencia de los hábitos personales. En este

sentido se comparte la responsabilidad del individuo y de la sociedad. El acceso a la información en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, está relacionado a la forma de comunicar, ya que esto facilita su aceptación o puede provocar que niegue su estado de salud o minimice la seriedad del diagnóstico como un mecanismo de defensa (Montejo, 2009).

E. EMOCIONES

Los factores psicológicos juegan un rol muy importante en el control glucémico y sugieren considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes, es así que la persona con diabetes tiene que tener la habilidad para afrontarla aceptando su condición crónica (Lazcano, 2006). Estas estrategias de afrontamiento son definidas por Lazarus y Folkman como un proceso que involucra aspectos cognitivos y comportamentales que el individuo desarrolla

frente a demandas específicas internas y/o externas. La persona evalúa la situación (que puede ser valorada como amenaza, como desafío o resultar indiferente) y procede a desarrollar estrategias para la resolución de los problemas.

Dichas estrategias de afrontamiento pueden ser: cognitiva dirigida a la situación, cognitiva dirigida a la emoción, conductual motora dirigida a la situación, conductual motora dirigida a la emoción, simple pasividad o, evitación. Por ejemplo la mayoría de los diabéticos pese a conocer las pautas de tratamiento tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en relación a: prácticas de ejercicio físico, autoanálisis de glucosa, cumplimiento de dieta lo cual evidencia que no se trata sólo de abarcar el componente cognoscitivo. De hecho, hay que destacar la importancia del aspecto emocional para afrontar la cronicidad y la aceptación de un nuevo estilo de vida. Las estrategias de afrontamiento empleadas entonces favorecerán u obstaculizarán la adhesión al tratamiento que, por lo general, exige cambiar hábitos y rutinas ya establecidas, como por ejemplo en la alimentación y los ejercicios. (Azollini et al., 2010).

La ansiedad, la tristeza-depresión y la ira son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta

activación fisiológica. Son las tres emociones más estudiadas hoy en día y se les conoce como "emociones negativas" Estas reacciones se consideran adaptativas para el individuo. Sin embargo, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.) y se desarrollan conductas adictivas (tabaquismo, etc.), o que ponen en peligro nuestra salud. Por ejemplo, existe relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En segundo lugar, estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas "saludables" (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y "no saludables" (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.) (Cano, 2000).

F. AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS

Las personas diabéticas son las auténticas protagonistas en el tratamiento de su propia afección y, desde este punto de vista de la formación e información que en este sentido reciban va a depender en gran medida la autogestión de su diabetes y el éxito del tratamiento.

El autocontrol es el conjunto de capacidades, conocimientos, actitudes y sentimientos que juntos, armonizados, permiten a las personas diabéticas alcanzar los niveles de glucemia cerca de la normalidad según sus propios recursos y posibilidades.

AFRONTAMIENTO

Según Lazarus y Folkman, el afrontamiento no es un estilo de personalidad constante sino que, por el contrario, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Cassaretto et al, 2007).

Según Kobasa, Maddi y Kahn, el afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad. El afrontamiento puede ser entendido entonces como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) (Contreras et al, 2007).

Según Cohen, son los esfuerzos, tanto orientados hacia la acción como mentales, que realiza la persona para manejar, es decir tolerar, reducir, minimizar las demandas internas (las que en otras fuentes le pone la enfermedad) y del ambiente (las de los tratamientos, rehabilitación y otras), que cargan o sobrepasan los recursos de la persona (Gutiérrez y Mochales, 2011).

Según Cea, Brazal y González Pinto, el afrontamiento es un proceso que pone en marcha un individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo. Si el individuo, en el proceso de afrontamiento tiene éxito para solucionar el problema presente, repetirá el mismo cuando se presente ante situaciones similares. Si no tiene éxito utilizará otra estrategia (Calvanese et al, 2004).

Según Palacios, afirma que el afrontamiento ha sido descrito como el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiopatológicos que este proceso implica la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación (Fernández, 2011).

Según Frydemberg, el afrontamiento es el modo de lograr una transición y una adaptación (Gutiérrez y Mochales, 2011).

Según Hastiad, Bennett y Cunningham, el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Contreras et al, 2007).

Según Calixta Roy, Los estímulos del ambiente activan los procesos de afrontamiento para producir comportamientos. Cuando se identifica un comportamiento inefectivo, es evidente que estos procesos de afrontamiento no fueron capaces de adaptarse efectivamente al estímulo que estaba afectando (Rodríguez, 2005).

Las personas afrontan los factores estresantes de una o varias maneras, algunas responden a la mayoría de factores estresantes de una forma característica (estilo de afrontamiento), pero cuando ocurre un nuevo factor estresante limita su capacidad de adaptación interfiriendo en la RESPUESTA que es la forma concreta de afrontarlos (estrategia de afrontamiento).

Estilos de afrontamiento

Se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento. Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria.

Estrategias de afrontamiento

Son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y puede ser cambiante dependiendo de las condiciones desencadenantes, hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona (Fernández, Jiménez y Martín, 2008) una segunda definición de (Gómez, Galicia, Vargas, Martínez y Villarreal, 2010) estrategia de afrontamiento es la forma como se enfrenta una enfermedad, es decir los esfuerzos cognitivos y de comportamiento que cambian

constantemente y que se utilizan para gestionar demandas específicas, tanto internas como externas, evaluadas como excediendo los propios recursos.

Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Cuando las demandas que exige a un organismo, especialmente al ser humano, las situaciones en las que se encuentra o a las que enfrenta, este organismo pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a restablecer el equilibrio en su transacción con el ambiente (más específicamente en la transacción persona-ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias adversas que de él derivan.

El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos.

Así cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado.

Mecanismos Innatos de Afrontamiento

Se determinan genéticamente o son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos (Raile, 2011).

Mecanismos de Afrontamiento Adquiridos

Se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante los estímulos particulares (Raile, 2011).

Subsistema Regulador

Es un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino (Raile, 2011).

Subsistema Relacionador

Es un proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones (Raile, 2011).

Estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2

Es la capacidad adaptativa del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 respecto a que pueda o no hacer algo para cambiar una situación estresante.

En esta investigación, las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, serán evaluadas en:

A. Valoración de la Situación como Amenaza, se valora principalmente el potencial dañino, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor. Ejemplo: Cuando pienso en una situación problemática pienso que tiene muchas consecuencias negativas para mí.

B. Valoración de la Situación como Desafío, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema (supondría considerar a la enfermedad como un reto).

Hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo. Ejemplo: Cuando pienso en una situación problemática pienso que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo. La amenaza y el desafío implican la movilización de distintas estrategias de afrontamiento.

C. Valoración de la Situación como Irrelevante o Indiferente, el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias. El encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde ni se gana nada en la transformación. Ejemplo: Cuando pienso en una situación problemática la pienso como otra más de la vida.

D. Afrontamiento Cognitivo dirigido a la Situación, implica hacer cosas para manipular la situación. Ejemplo: Cuando pienso en una situación problemática trato de ver algún aspecto positivo de la situación.

E. Afrontamiento Cognitivo dirigido a la Emoción, Cognitivamente se regulan las respuestas emocionales, incluyendo en la:
Respuesta cognitiva: Preocupación, pérdida de control, negación, etc.
Respuesta Emocional: Sensación de malestar, temor, depresión, etc.
Ejemplo: Cuando pienso en una situación problemática intento eliminar mis pensamientos negativos.

F. Afrontamiento Conductual motor dirigido a la Situación, implica hacer conductualmente cosa para cambiar la situación. Ejemplo: Cuando estoy ante una situación problemática trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada
El individuo realiza acciones más directas ante cualquier situación, se enfrenta al problema regulando su comportamiento para disminuir las consecuencias aversivas que éste le produce.

G. Afrontamiento Conductual Motor dirigido a la Emoción, implica hacer activamente cosas para cambiar la emoción. Ejemplo: Cuando estoy ante una situación problemática hago cosas que ayuden a relajarme.

H. Afrontamiento Pasivo, implica que el individuo nada puede hacer respecto a cambiar la situación (Brenner y Vallarino, 2005). Se refiere a comportamientos de rechazo y negación de la enfermedad, retraimiento y

aceptación pasiva (Gómez y cols, 2010). Ejemplo: Cuando estoy ante una situación problemática no hago nada especial e intento pasar desapercibido.

I. Afrontamiento Evitativo, se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente.

Hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales que implican “salirse del campo” física o psicológicamente. Ejemplo: Cuando estoy ante una situación problemática intento huir de la situación y cualquier otra relacionada con ella. Las personas evitadoras minimizan el problema.

Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la “transacción “individuo- ambiente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis Central de la investigación

H₀: No existe relación entre estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

H_i: Existe relación entre estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote, 2014.

3.2 Variables e indicadores de la investigación

Variable X₁: Estilo de vida

Variable X₂: Estrategias de afrontamiento

3.2.1 Variables:

Estilo de Vida

Definición Conceptual

Son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas". (OMS, 2012 citado en De la Cruz).

Definición Operacional

Se operacionalizará en tres categorías:

Buen Estilo de Vida : De 31 a 46 puntos.

Regular Estilo de Vida : De 16 a 30 puntos.

Mal Estilo de Vida : De 0 a 15 puntos.

Estrategias de Afrontamiento

Definición Conceptual

Es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados por el individuo para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de sus propios recursos. (Lazarus y Folkman ,1986 citado en Cassaretto, 2007).

Definición Operacional

Se operacionalizará en tres categorías:

Afrontamiento Favorable	:	De 105 a 156 puntos.
Afrontamiento Medianamente Favorable	:	De 53 a 104 puntos.
Afrontamiento Desfavorable	:	De 0 a 52 puntos.

3.3 Métodos de la investigación

El presente estudio es de tipo Descriptivo, Corte Transversal y Correlacional

Descriptivo

Porque medirá, evaluará y describirá dos aspectos y dimensiones importantes del objeto de estudio independientemente, como son los Estilos de Vida y las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Corte Transversal

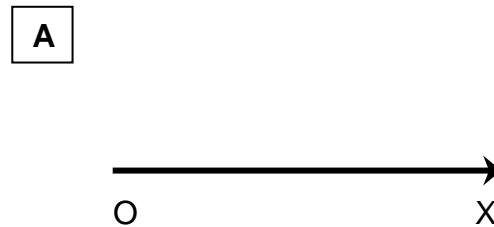
Porque medirá la unidad de análisis en un momento dado. Su propósito será describir las variables Estilos de Vida y las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un tiempo único.

Correlacional

Porque evaluará la relación existente entre el estilo de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

3.4 Diseño o esquema de la investigación

Corresponde el siguiente esquema:



Dónde:

A = Población de estudio (pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro Médico Ponce).

O = Estilos de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2

X = Estrategias de Afrontamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

3.5 Población y muestra

La población de estudio lo constituyeron los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a control en la consulta externa del Centro Médico Ponce- Chimbote; y que reunieron los criterios de inclusión por ser técnica y económicamente factible, siendo esta un total de 62 pacientes.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro Médico Ponce - Lúcidos orientados en tiempo, espacio y persona.
- Edad: 18 a 70 años.
- Tiempo de enfermedad diagnosticada mínimo 1 año.

- Pacientes que acepten y posibiliten la aplicación del instrumento

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no residan en la provincia del Santa.
- Pacientes con otras enfermedades (Hipertensión Arterial, Neoplasia, Insuficiencia Renal Crónica, etc.)
- Pacientes controlados en EsSALUD

3.6. Actividades del proceso investigativo

Se contó con la autorización del gerente del Centro Médico Ponce para la realización de la entrevista en el horario de 8: 00 am a 12: 00 pm de lunes a sábado.

Se solicitó apoyo en forma discreta del profesional médico y de laboratorio encargado, para captar a los pacientes y efectuar la entrevista durante el tiempo de espera, antes de su atención médica.

3.7 Técnicas e instrumentos de la investigación

La técnica empleada fue la entrevista, Se utilizaron dos instrumentos:

a) Estilos de vida de diabéticos (IMEVID) (Anexo N° 04)

El IMEVID es un cuestionario específico, estandarizado, global y auto administrado. Construido por López, Ariza, Rodríguez, y Munguía (2003) en la ciudad de México, el cual fue sometido a revisión por un panel multidisciplinario de expertos para determinar su validez lógica y de contenido, aplicado en unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Creado para ayudar al personal de salud de primer contacto a identificar y medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el cual está constituido de 25 ítems, que han sido agrupados en:

Nutrición

Con 8 ítems (1-8)

Indicadores

- Patrones de alimentación
- Elecciones alimentarias

Actividad Física

Con 3 ítems (9, 10 y 11)

Indicadores

- Grado de actividad física
- Capacidad para llevar a cabo labores habituales

Hábitos Nocivos

Con 5 ítems (12, 13, 14, 15 y 16)

Indicadores

- Frecuencia de consumo

Acceso a la Información sobre Diabetes

Con 2 ítems (17 y 18)

Indicadores

- Frecuencia de acceso a la información

Emociones

Con 3 ítems (19, 20 y 21)

Indicadores

- Estado anímico
- Percepción general de salud

Autocontrol de la Enfermedad

Con 4 ítems (22, 23, 24 y 25)

Indicadores

- Control de su enfermedad
- Cumplimiento de tratamiento

De los cuales presenta la siguiente codificación para las puntuaciones:

- Todos los días de la semana (2)

- Algunos días (1)
- Casi Nunca (0)

Presenta validez de contenido y buen nivel de consistencia, manifestando un alfa de Cronbach para la calificación total de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de 0.84. Su calificación se da al asignar puntajes de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y corresponderá el valor más alto para la conducta deseable, lográndose así una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento.

Para fines de la presente investigación se validó a través de juicio de expertos quienes revisaron el instrumento sobre todo el dominio a medir, en este caso estilo de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, llegando a adecuar las preguntas a la realidad de la población en estudio siendo la dimensión de hábitos nocivos donde se redujo la cantidad de ítems; constituyendo un total 23 preguntas.

b) Estrategias de Afrontamiento (IVA) (Anexo N°05)

El Inventario de valoración y afrontamiento (IVA) de Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992), es un cuestionario validado por Leibovich de Figueroa. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a aquella. Fue diseñado a partir del modelo de la valoración de Lazarás y Folkman (1986).

El IVA consta de tres sub-escalas de valoración (amenaza, desafío e irrelevante) y seis sub-escalas de afrontamiento (cognitivo y conductual-motor dirigido a cambiar la situación, cognitivo y conductual-motor dirigido a reducir la emoción, pasivo y evitativo).

Consta de 39 ítems, agrupados en 9 sub-escalas:

Valoración de la Situación como Amenazante (VSA)

Consta de 4 ítems.

Indicadores:

- Que tiene mucha importancia en mi vida.
- Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar
- Que no me gusta
- En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás

Valoración de la Situación como Desafío (VSD)

Consta de 5 ítems.

Indicadores:

- En la que puedo hacer muchas cosas
- En la que intento crecer como persona
- Que supone un desafío para mí
- En la que podría verme desbordado, pero que puedo controlarme
- En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo

Valoración de la situación como indiferente (VSI) = 3 ítems

Indicadores

- Como otra más de la vida
- Sin una especial importancia
- Sin consecuencias negativas para mí

Afrontamiento Cognitivo dirigido a la Situación (ACS)

Consta de 6 ítems.

Indicadores:

- Creo que puedo enfrentarme a esta situación hacer cosas que ayuden
- Trato de restarle importancia a la situación
- Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas
- Trato de ver algún aspecto positivo de la situación
- Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación
- Puedo tomar decisiones que me ayuden a simplificar los problemas que aparecen.

Afrontamiento Cognitivo dirigido a la Emoción (ACE)

Consta de 6 ítems.

Indicadores:

- Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y

conductas que me preocupan

- Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimo
- Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos
- Pienso que en otras situaciones hice lo que pude, y eso me tranquiliza
- Intento eliminar mis pensamientos negativos
- Intento mejorar mi estado de ánimo

Afrontamiento Conductual Motor dirigido a la Situación (ACMS)

Consta de 6 ítems.

Indicadores:

- Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada
- Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia el problema y buscar soluciones
- Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien
- Intento crear una situación relajada
- Trato de conocer la situación y de prepararme para ella
- Busco el contacto con las personas más próximas

Afrontamiento Conductual Motor dirigido a la Emoción (ACME)

Consta de 6 ítems.

Indicadores:

- Hago cosas que me ayuden a relajarme
- Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno
- Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión
- Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro
- Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control
- Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme

Afrontamiento Pasivo (AP)

Consta de 2 ítems.

Indicadores:

- Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones
- No hago nada especial e intento pasar desapercibido

Afrontamiento Evitativo (AE)

Consta de 1 ítem.

Indicador:

-Intento huir o evitar y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella

De los cuales presenta la siguiente codificación para las puntuaciones:

- Casi nunca (0)
- Pocas veces (1)
- Unas veces sí y otras veces no (3)
- Casi siempre (4)

Este instrumento contó con validez y confiabilidad necesaria para su aplicación en nuestra realidad local, para esto se procedió a validarlo en dos momentos, la primera fue a través de un juicio de expertos. Para luego, en un segundo momento realizar un estudio psicométrico del instrumento. Para que cuente con validez, confiabilidad se hizo acordes a nuestra realidad local y una prueba piloto a una muestra de 09 pacientes con características similares a la del estudio.

3.8. Procedimiento para la recolección de datos

La entrevista se inició con la firmado el Consentimiento Informado (Anexo N° 02). La investigadora realizó las preguntas respectivas que fueron registradas; siendo necesario repetirlas amablemente en caso que el participante lo solicitara. La aplicación de los dos instrumentos duró aproximadamente 40 minutos. Se dio énfasis que la identidad e información de los entrevistados será absolutamente confidencial.

Asimismo se les informó que se les dará a conocer los resultados de la investigación.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

El procesamiento de datos se realizó electrónicamente empleando el Software especializado de estadística The Package Sottisfical for the Sciences (SPSS)

VERSIÓN 19.0, previa codificación de los datos obtenidos, en sus dos niveles:

Nivel Descriptivo: Los resultados se presentan en tablas unidimensionales, y bidimensionales, frecuencia relativa y simple. Nivel Analítico: Estadística inferencial, no paramétrica o analítica: Prueba de independencia de criterios, mediante la prueba de independencia de criterios (Chi-Cuadrado, X^2), con un nivel de significancia de 0.05, correlación de Pearson (r), y Odd Ratio (OR), para determinar la relación y riesgo entre las variables de estudio. Las figuras se elaboraron en el Microsoft Excel 2010 según las variables en estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

CUADRO N° 01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	N°	%
Mal	0	0,0
Regular	57	91,9
Buen	5	8,1
TOTAL	62	100,0

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce.

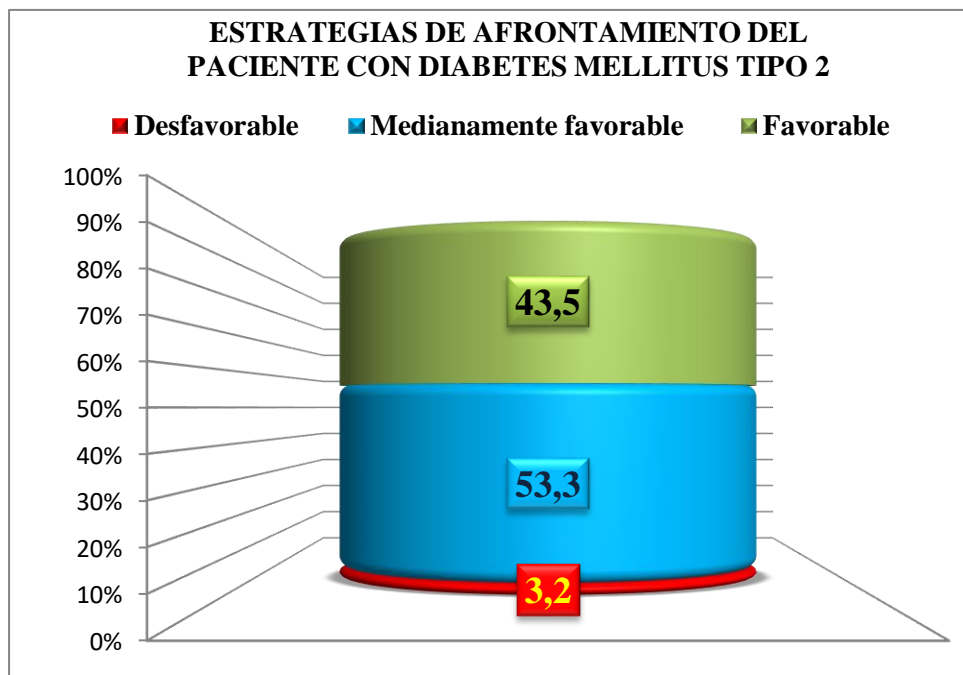


GRÁFICA Nº 01: ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

CUADRO N° 02: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

ESTRATEGIAS DE		
AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE	N°	%
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2		
Desfavorable	2	3,2
Medianamente favorable	33	53,3
Favorable	27	43,5
TOTAL	62	100,0

Fuente: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce.



GRÁFICA Nº 02: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

CUADRO N° 03: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE. CHIMBOTE, 2014.

ESTILOS DE VIDA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO						TOTAL	
	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		N°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
TOTAL	2	3,2	33	53,3	27	43,5	62	100,0
NUTRICIÓN								
Mal	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,6
Regular	1	2,0	28	56,0	21	42,0	50	80,6
Buen	1	9,1	5	45,5	5	45,5	11	17,8
X² = 2.396 gl = 4 p=0,569 No Significativo								
ACTIVIDAD FÍSICA								
Mal	1	3,2	17	54,8	13	41,9	31	50,0
Regular	0	0,0	13	54,2	11	45,8	24	38,7
Buen	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7	11,3
X² = 3.637 gl = 4 p=0,457 No Significativo								
HABITOS NOCIVOS								
Mal	0	0,0	5	55,6	4	44,4	9	14,5
Regular	1	3,4	14	48,3	14	48,3	29	46,8
Buen	1	4,2	14	58,3	9	37,5	24	38,7
X² = 0.973 gl = 4 p=0,914 No Significativo								
ACCESO A LA INFORMACIÓN								
Mal	2	6,5	19	61,3	10	32,3	31	50,0
Regular	0	0,0	9	50,0	9	50,0	18	29,0
Buen	0	0,0	5	38,5	8	61,5	13	21,0
X² = 4.992 gl = 4 p=0,288 No Significativo								
EMOCIONES								
Mal	2	5,4	23	62,2	12	32,4	37	59,7
Regular	0	0,0	10	43,5	13	56,5	23	37,1
Buen	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	3,2
X² = 6.784 gl = 4 p=0,148 No Significativo								
AUTOCONTROL								
Mal	0	0,0	6	75,0	2	25,0	8	12,9
Regular	1	2,8	19	52,8	16	44,4	36	58,1
Buen	1	5,6	8	44,4	9	50,0	18	29,0
X² = 2.369 gl = 4 p=0,668 No Significativo								

4.2 DISCUSIÓN

En el **Cuadro N° 01**. Estilos de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Se observa que el 91,9% de los pacientes presenta un regular estilo de vida; el 8,1% buen estilo de vida. No se encuentra mal estilo de vida.

Estos resultados son similares con la investigación de Cantú, quien encontró que el 56,92% se caracteriza por tener un estilo de vida “moderadamente saludable” y solamente el 13,85% de estos se catalogó como “poco saludable” (Cantú, 2014).

La investigación de Galicia, concluyó que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 implementan cambios positivos en su estilo de vida con el objeto de poseer y conservar un buen estado de salud y evitar las complicaciones crónicas que se derivan y que median en esta patología (Galicia y cols., 2010).

Al respecto, el regular estilo de vida se refiere a que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, encuentran dificultades que les impide superar los factores de orden personal, que interfieren para alcanzar una conducta deseada, en este caso, un buen estilo de vida.

Estos resultados difieren con la investigación de Gómez, Avila y Mandila; donde el 62,2% presentó un “estilo de vida inadecuado”, 37,8% un “buen estilo de vida”; y con los estudios de Montejo, quien concluyó que los estilos de vida del paciente diabético en su mayoría son inadecuados (Gómez, Avila y Mandila, 2011) (Montejo, 2009).

El estilo de vida es una variable importante a ser estudiada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, quienes tienen que aceptar su condición crónica para enfrentarla y responder lo mejor posible a las demandas de la enfermedad

con sus recursos personales que lo conllevan muchas veces al aumento de la carga emocional de una enfermedad que no se cura y que el tratamiento es por siempre, haciéndose necesario una modificación de los hábitos y estilos de vida (Lazcano, 2006).

El conocer las características de una enfermedad, en este caso la diabetes, no es igual que conocer la vida de una persona, es por ello que se sugiere que el profesional de enfermería investigue el estilo de vida, para ayudar al paciente a convertirse en experto en su propia vida y su cuidado.

En el **Cuadro N° 02**. Estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Se observa que el 53,3% de los pacientes tienen estrategias de afrontamiento medianamente favorable, el 43,5% estrategias de afrontamiento favorable y 3,2% estrategias de afrontamiento desfavorable.

Respecto a esta variable, se encontró resultados similares en las investigaciones de Cano, Almeida y Morales; quienes concluyen que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, hacen un uso más consistente de las estrategias “activas” (estrategias favorables), para adaptarse a su enfermedad.

En la investigación de Montejo, se señala que las estrategias de afrontamiento con tendencia a “favorables”, favorecen la regulación emocional y el conocimiento entre otros (Montejo, 2009).

Almeida, señala en su investigación que el ser diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2, suele asociarse a una serie de temores, miedos, perplejidad, incomprensión, incertidumbre, así como otros aspectos; y muchas veces supone sufrimiento en mayor o menor grado sobre la persona que la padece; pero a pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la enfermedad estará relacionado con el tipo de estrategia de afrontamiento.

El aporte de enfermería, está relacionado con el conocimiento del tipo de

estrategia de afrontamiento, que presenta el paciente con diabetes mellitus, pues representa una de las variables personales reconocidas como intervinientes para que la persona que padece una enfermedad crónica logre aceptarla de tal forma que no se convierta en una sobrecarga emocional que desgaste al paciente física y emocionalmente.

En el **Cuadro N° 03**. Relación entre los estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Se observa lo siguiente:

En la Nutrición tenemos que: el 9,1% de los pacientes con buena nutrición presentan estrategia de afrontamiento desfavorable; el 56,0% de regular nutrición presentaron estrategias de afrontamiento medianamente favorable y el 100,0% de mala nutrición las estrategias de afrontamiento fueron favorables.

No existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En la Nutrición prevalecen los siguientes estilos de vida: algunas veces piden que le sirvan más comida (53,2%), algunos días comen verduras (51,6%), casi nunca agregan sal a los alimentos cuando está comiendo (51,6%), algunos días comen frutas (46,8%), algunas veces come alimentos entre comidas (43,5%), algunas veces agregan azúcar a sus alimentos (41,9%), y algunas veces come alimentos fuera de casa (41,9%). (ANEXO N° 06).

Este resultado difiere con la investigación de Galicia, que encontró que si existe significación estadística entre la nutrición y el afrontamiento activo de la enfermedad, ubicándose esta relación de significancia superior a la actividad física (Galicia y cols., 2010).

En la Actividad física tenemos que: el 14,3% de los pacientes con buena actividad física presentan estrategia de afrontamiento desfavorable; el 54,8% de mala actividad física presentaron las estrategias de afrontamiento medianamente favorables y el 45,8% de regular actividad física las estrategias de afrontamiento fueron favorables.

No existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables

Respecto a la Actividad física prevalecen los siguientes estilos de vida: algunas veces realiza otras actividades físicas después de su trabajo (45,2%), en su tiempo libre realiza trabajos en casa (40,3%), y de 3 o más veces por semana hace al menos 15 minutos de ejercicio (38,7%). (ANEXO N° 06).

Este resultado difiere con la investigación de Galicia, que encontró que si existe significación estadística entre la actividad física y el afrontamiento activo de la enfermedad, es decir que este tipo de afrontamiento facilita los cambios en el estilo de vida (Galicia y cols., 2010).

En los Hábitos nocivos tenemos que: el 4,2% de los pacientes con estilo de vida bueno en hábitos nocivos presentan estrategia de afrontamiento desfavorable; el 58,3% con estilo de vida bueno en hábitos nocivos presentaron estrategias de afrontamiento medianamente favorables y el 48,3% con estilo de vida regular en hábitos nocivos las estrategias de afrontamiento fueron favorables.

No existe relación significativa entre ambas variables.

En los Hábitos nocivos prevalecen los siguientes estilos de vida: de 1 a 2 gaseosas bebe a la semana (59,7%), rara vez bebe alcohol (51,6%), y de 1 a 2 bebidas alcohólicas toma en ocasión (41,9%). (ANEXO N° 06).

En el Acceso a la información tenemos que: el 6,5% de los pacientes con mal acceso a la información presenta estrategia de afrontamiento desfavorable; el 61,3% con mal acceso a la información presentaron estrategia de afrontamiento medianamente favorable y el 61,5% con buen acceso a la información las estrategias de afrontamiento fueron favorables.

No existe relación significativa entre ambas variables.

En el Acceso a la información, prevalecen los siguientes estilos de vida: no asistió a ninguna charla de pacientes con diabetes (67.7%), y algunas veces

trata de informarse sobre diabetes (38.7%). (ANEXO N° 06).

Al respecto, la investigación de Montejo; concluye que el acceso a la información y la forma de comunicar es vital ya que permite facilitar la aceptación del paciente o provocar que niegue su estado de salud o minimice la seriedad del diagnóstico como un mecanismo de defensa (Montejo, 2009).

En las Emociones tenemos que: el 5,4% de los pacientes con malas emociones presenta estrategia de afrontamiento desfavorable; el 62,2% con malas emociones presentaron estrategia de afrontamiento medianamente favorable y el 100,0% de buenas emociones presentaron estrategia de afrontamiento favorable.

No existe relación significativa entre ambas variables.

En las Emociones, prevalecen los siguientes estilos de vida: algunas veces se siente triste (64.5%), algunas veces tiene pensamientos pesimistas (61.3%), y algunas veces se enoja con facilidad (48.4%). (ANEXO N° 06).

Las emociones, según refieren en sus investigaciones, Lazcano y Cantú da una coincidencia de respuestas de manera significativa con las estrategias de afrontamiento, estos resultados difieren con la presente investigación (Lazcano, 2006) (Cantú, 2014).

Al respecto, Morales en su investigación señala que las emociones intensas interactúan con nuestra fisiología y pueden generar estados de debilidad, de igual forma estas emociones pueden influir en nuestra conducta al impedirnos la realización de las acciones requeridas para el cuidado de nuestra salud (Morales, 2012).

Es por ello la importancia de analizar las emociones e intervenir a tiempo, con una perspectiva holística (procesos físicos, pensamientos y sentimientos de forma integrada). (Lazcano, 2006).

Desde este enfoque aunque el profesional de salud es experto en el manejo de la diabetes, el paciente es experto en su propia vida y es el quien tiene que participar activamente en su propio cuidado.

En el Autocontrol tenemos que: el 5,6% de los pacientes con buen autocontrol presentan estrategia de afrontamiento desfavorable; el 75,0% con mal autocontrol presentan estrategia de afrontamiento medianamente favorable y el 50,0% de buen autocontrol las estrategias de afrontamiento fueron favorable.

No existe relación significativa entre ambas variables.

En el autocontrol prevalecen los siguientes estilos de vida: algunas veces cumple las indicaciones médicas (62.9%), algunas veces sigue dieta para diabético (61.3%), Algunas veces hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes (51.6%), y algunas veces olvida tomar sus medicamentos (38.7%). (ANEXO N° 06).

Aquí se observa que las conductas realizadas por el paciente con diabetes mellitus con respecto al autocontrol no tienen relación significativa con su estrategia de afrontamiento. Esto se explica en que muchas veces las indicaciones dadas por el personal de salud no toman en cuenta los aspectos subjetivos del paciente como sus motivaciones, sus dudas respecto a la efectividad de los medicamentos, su ansiedad por no ver disminuido los valores de glucosa, su depresión por temor a la muerte, la preocupación por el gasto de medicamentos, etc.

Desde esta perspectiva para que se cumpla exitosamente este estilo de vida, se debe ajustar a las metas, prioridades, estilo de vida que presenta cada paciente (Morales, 2012).

El estilo de vida y estrategia de afrontamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en estudio, se caracteriza porque el paciente analiza y crea planes de acción centrados en la emoción es decir, se enfrenta a la diabetes regulando sus emociones, de modo que las consecuencias aversivas de la

enfermedad no le afecten. Los planes de acción incluyen los estilos de vida (Anexo 10).

Si bien, la presente investigación no encontró relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida, Nutrición, Actividad física, Hábitos nocivos, Acceso a la información, Emociones, Autocontrol y las estrategias de afrontamiento. Si se encontró una correlación positiva moderada entre estilo de vida: Acceso a la Información ($r = 0,34$) y Emociones ($r=0,36$) en relación a estrategias de afrontamiento, donde prevalece la estrategia Medianamente Favorable. Además existe 2.1 veces más riesgo que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presenten un regular estilo de vida, si tienen desfavorable y medianamente favorable estrategia de afrontamiento. (ANEXO N° 08).

Esto se fundamenta en que la regulación de las emociones tiene dos componentes que son CAMBIANTES: el componente “cognitivo” representado a través de percepciones, cogniciones y creencias, en otras palabras lo que PIENSA la persona de su condición de tener la diabetes y el componente afectivo, representado por las emociones que expresan fundamentalmente el SENTIR del paciente con diabetes, acerca de cómo se siente la persona en su condición (Morales, 2012).

Es así, que en el afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (ACE), prevalece, UNAS VECES SÍ Y OTRAS VECES NO “Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan” (59.7%), “Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos” (58.1%), y “Pienso que en otras situaciones salí adelante y eso me tranquiliza” (58.1%). (Anexo N° 07).

En el afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (ACS), prevalece UNAS VECES SÍ Y OTRAS VECES NO “Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que me ayuden” (58.1%), “Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas” (54.8%), y “Trato de restarle importancia a la situación” (48.4%). (Anexo N° 07).

En el afrontamiento conductual motor dirigido a la situación (ACMS), prevalece, UNAS VECES SÍ Y OTRAS VECES NO “Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada” (53.2%), y “Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien” (50.0%). (Anexo N° 07).

En el afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción (ACME), prevalece, UNAS VECES SÍ Y OTRAS VECES NO “Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control” (67.7%), “Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro” (56.5%), “Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno” (53.2%), y “Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión” (53.2%). (Anexo N° 07).

Calixta Roy, reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad; considera que el afrontamiento es la clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación (Lazcano, 2007).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El 91,9% de los pacientes presenta un regular estilo de vida con diabetes mellitus tipo 2, el 8,1% un buen estilo de vida.
- El 53,3% presentan estrategias de afrontamiento medianamente favorables, el 43,5% estrategias favorables y en un 3,2% estrategias desfavorables.
- No existe relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

5.2. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda ampliar los estudios en relación al estilo de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, a fin de facilitarles la información sobre el beneficio de modificar sus hábitos para la prevención de complicaciones relacionados con su enfermedad.
- Se recomienda categorizar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según la estrategia de afrontamiento que presentan para un mejor análisis de quienes valoran su enfermedad como una situación de amenaza, desafío o una situación indiferente y ejecutar un plan de cuidado personalizado mejorando sus habilidades y conductas.
- Se recomienda implementar en las instituciones privadas de salud, programas educativos dirigidos a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a su contexto socio-cultural con el fin de lograr su participación activa en la mejora de su salud.
- Se recomienda al profesional de enfermería que labora en instituciones privadas de salud mayor conocimiento de la enfermedad y mejor participación en la prevención y cuidado de estos.
- Implementar en el Centro Médico Ponce un consultorio de asesoría al paciente con diabetes mellitus tipo 2, a cargo de un profesional de enfermería capacitado donde se brinde educación personalizada en relación a la forma como afrontar su enfermedad y mejorar su estilo de vida.
- Los Centros de Salud privados deben mejorar y socializar la calidad de información sobre el número de pacientes atendidos con diabetes mellitus tipo 2, a fin de desarrollar actividades de prevención y control en coordinación con las instituciones de salud de mayor nivel MINSA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, L., Álvarez, L., Gonzales, L. y cols. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas*; 9(2): 279-290. Colombia. Recuperado el 28 de marzo del 2014. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl>.
- Alegre, E., Montañez, E. (2004). Nivel de Autoestima y su Relación con el Estilo de Vida del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, atendido en consultorio externo de Endocrinología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional del Santa. Perú.
- Almeida, G. y Rivas, V. (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. México. Recuperado el 15 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
- American Academy of Family Physicians. (2014). Diabetes y Nutrición. España. Recuperado el 27 de marzo del 2015. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/diabetes/treatment/diabetes-and-nutrition.html>
- Asociación de Diabetes del Perú (Adiper). (2009). Recuperado el 20 de febrero del 2015. Disponible en: www.rpp.com.pe/2009-11-12.
- Asociación Americana de la Diabetes. (2005). Estadística en México. Recuperado el 12 de Febrero de 2015. Disponible en: http://www.esalud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Federacion_mexicana_de_diabetes
- Azzollini, S., Vera, B., Vidal, V. (2010). El afrontamiento de la diabetes Tipo 2 y su relación con las prácticas de autocuidado. III Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en

psicología (pp.36-40).Buenos Aires, Argentina: Psicología de la salud, epidemiología y prevención.

Azzollini, S., Vera, P. (2012). Actitudes, Afrontamiento, Autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Argent Salud Pública; 3(10):15-23. Argentina: Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 6 de Marzo del 2014. Disponible en: www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen10/Pupko.pdf

Bordón, M., Camarero, O., Carrió, J. y cols. (2008) Comportamiento de Variables Psicológicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Policlínico Docente "Noelio Capote". Jaruco. Cuba. Recuperado el 18 de abril del 2014. Disponible en: www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol17_1_11/hab08111.pdf

Brenner, G., Vallarino, S. (2005) Valoración de Situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en el paciente cardiológico. Fundación ICCAp. Argentina. Recuperado el 29 de Marzo del 2014. Disponible en: www.fundacioniccap.org.ar/.../Valoracion_y_afrontamiento_GB_y_SV_2007.pps

Calderón, et al (2003). Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Recuperado el 15 de marzo del 2014. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v16n1/efectos.htm>.

Calvanese, N., Feldman, L., Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista de Nefrología Latinoamericana; 11(2):49-63. Colombia.

Camuñas N., Cano, A., Dongil, E. y cols. (2010). Valoración, afrontamiento y ansiedad a la hora de dejar de fumar. Revista Española de Drogodependencias; 35 (3): 413-434. España. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 27 de

Marzo del 2014. Disponible en:
www.aesed.com/descargas/revistas/v35n4_2.pdf

Cano, A., Tobal, M. (2000). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. Primer Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero - 15 de marzo 2000. Conferencia 28-CI-A: [29 pantallas]. _ci_a.htm Conferencia 28-CI-A: [29 pantallas]. Madrid. España. Recuperado el 26 de Marzo de 2014. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

Cantú, P (2014). Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. México. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 27,1-14. Recuperado el 02 de mayo de 2015. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>

Carhuanina, J., Castillo, G. (2011). Algunos factores Sociales relacionados con el Estilo de Vida del Adulto Mayor. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional del Santa. Perú.

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 24(1): 87-98 Recuperado el 11 de marzo del 2014.

Castro, J., Gallegos, E. y Frederickson, K. (2014). Análisis evolutivo del concepto de adaptación a la diabetes tipo 2. Colombia. Recuperado el 29 de diciembre del 2014. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view>

Cohen, I., Figueroa, M. (2003). Estrategias y Estilos de Afrontamiento del estrés en adolescentes. Capítulo II. p. 29-52. Argentina. Recuperado el 27 de Marzo del 2014. Disponible en:
http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=331&Itemid=248.

- Congreso de la federación internacional de diabetes (2006). Ciudad del Cabo. Sudáfrica. Recuperado el 19 de noviembre del 2014. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_327_es.pdf
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J. y cols. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Colombia. Recuperado el 11 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810216>
- Cuahtémoc, R. López, J., Mungría, C. y cols. (2003). Construcción y Validación Inicial de un Instrumento para medir el Estilo de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista de Salud pública México v.45 n.4:259-268- Cuernavaca jul. /ago. México. Recuperado el 11 de Marzo del 2014. Disponible en www.redalyc.org/pdf/106/10645404.pdf
- De la Cruz, E., Pino, J. (2010). Estilo de Vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia. España. Recuperado el 6 de Mayo de 2014. Disponible en: digitum.um.es/xmlui/.../estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf
- Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud. (2012). Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en hospitales piloto. Boletín Epidemiológico, Volumen 21 Número 52, 877-879. Perú. Recuperado el 15 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/intranet.php>
- Eisenstein, E., Pagnoncelli De Souza, R. (1994). Situaciones de Riesgo para la Salud en Niños y Adolescentes. FUSA 2000 Editora. Buenos Aires. Argentina.
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). Atlas de la Diabetes de FID. Recuperado el 02 de abril del 2015. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf

- Federación Mexicana de Diabetes, AC. (2012). Diabetes en números. México. Recuperado el 20 de noviembre del 2014. Disponible en: www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php.
- Fernández, E., Jiménez, M., Martín, M. (2007) Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Revista Electrónica de Motivación y Emoción.Vol.3, N°4. España. Recuperado el 2 de Noviembre del 2013. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto/htm>
- (FID), F. I. (2014). International Diabetes Federation. Recuperado el 02 de abril del 2015. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/sobre-la-federacion-internacional-de-diabetes>
- Fundación para la Diabetes. (2008). Factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Variables FINDRISK. Recuperado el 10 de abril del 2015. Disponible en: www.fundaciondiabetes.org/findrisk/FactoresRiesgo.asp
- Galicia, L., Gómez, S. Martínez, L. y cols. (2010) Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc; 48 (5): pp. 539-542. México. Recuperado el 07 de enero del 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im105l.pdf>
- Giove, R., Becerril, M. (2011) Percepción de la diabetes mellitus tipo 2 por adultos en la ciudad de Tarapoto. Perú. Recuperado el 13 de junio de 2014. Disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/341/1/Rosa%20A%20melia%20Giove%20Nakazawa.pdf>
- Gómez, P., Ávila, Mandila, J. (2011). Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012; 20 (3):pp. 123-129 123. México. Recuperado el 24 de Noviembre del 2013. Disponible en:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=47226&IDPUBLICACION=4859>

Gutiérrez, M., Mochales, S. (2011) Estrategias de Afrontamiento al Estrés en un grupo de personas en Proceso de Reinserción Social. España. Recuperado el 7 de Diciembre del 2013. Disponible en:

<http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm>

Guzmán, G. (2002). Satisfacción con el cuidado de enfermería del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Administración de Servicios. Universidad Autónoma de Nueva León. México. Recuperado el 15 de setiembre del 2014. Disponible en:

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6639/1/CC_22_11.pdf

Hernández, C., Borroto, J., Cabrera, M. y cols. (2006). Macroangiopatía diabética y hábito de fumar. Ávila. España. Recuperado el 15 de julio del 2014. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/articulos/a10_v12_supl106.html

Krauskopf, D. (1992). El Enfoque de Riesgo en la atención de la Salud. Colombia. Recuperado el 11 de octubre del 2014. Disponible en:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rVpAp6HOv60J:https://jaimebueso.files.wordpress.com/2008/01/el-enfoque-de-riesgo-en-la-atencion-de-la-salud.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Lazcano, M. (2006). Estrés, afrontamiento y adaptación psicosocial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Recuperado el 02 de noviembre del 2014. Disponible en:

<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020154551/1020154551.PDF>

- Lazcano, M. (2007). Validación del instrumento: Afrontamiento y Proceso de Adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Colombia. Recuperado el 21 de febrero de 2015. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/128/25>
- Lostananau, A. (2013). Ansiedad Rasgo y Recursos de Afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II Lima. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología. Pontificia Universidad Católica Del Perú. Recuperado el 25 de Abril del 2014. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4701/LOSTAUNAU_CALERO_ANA_PACIENTES_DIABETES.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud – MINSA (2014). Diabetes en el Perú. El Comercio. Recuperado el 14 de octubre del 2015. Disponible en <http://elcomercio.pe/peru/pais/minsa-son-mas-65000-nuevos-casos-diabetes-peru-noticia-1753873>
- Montejo, B. (2009). Estilos de Vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de Maestría en Salud Pública. México. Recuperado el 27 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/15996>
- Moreno, M. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: Revisión de la literatura. AQUICHAN - ISSN, 62 - 72. Colombia. Recuperado el 12 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74111465007>
- Morales, O. (2012). Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Hidalgo. México. Recuperado el 12 de enero de 2014, de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456>

789/14768/TESIS%20OSCAR%20MORALES%20TELLEZ.pdf?sequence=1.

- Mukodsi, M., Delgado, E., Hernández, A. (2007). Enfoque de Riesgo. México. Recuperado el 12 de noviembre del 2013. Disponible en: www.ilustrados.com/tema/10071/Enfoque-Riesgo.html
- Nieto, C, Prada, A. (2011). Proceso de Adaptación de los Adultos Maduros con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el H.N.A.A.A. Tesis para Optar el Título de Lic. En Enfermería no publicada. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú. Consultado el 30 de abril del 2014. Disponible en: tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/.../TL_Nieto_Lazo_Carmen.pdf
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2000). Diabetes Mellitus. Perú. Recuperado el 13 de setiembre del 2013. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/discapacidad/estudio_diabetes_mellitus.pdf
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2013). Diabetes - World Health Organization. Nota descriptiva N° 312. Recuperado el 28 de Mayo del 2014. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
- Ojeda, B. (2011). Estilos de Afrontamiento en personas con Insuficiencia Renal Crónica. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Particular San Pedro. Chimbote. Perú.
- Ortiz, M. (2006). Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. Terapia Psicológica. Vol.24, N°2, diciembre, pp.139-148. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Chile. Recuperado el 31 de julio del 2013. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203

- Pinto, M. (2011). El impacto del Deporte en la promoción del desarrollo cognitivo de los niños. Su relevancia para la inclusión de la actividad física en programas de promoción de la salud. Psicología de la salud, epidemiología y prevención. Centro de investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Universidad Católica Argentina.p.175-178. Argentina. Recuperado el 15 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.academica.com/000-052/312.pdf>
- Quiles, J. (2013). ¿Resulta eficaz un control intensivo del estilo de vida en pacientes diabéticos? Sociedad Española de Cardiología. España. Recuperado el 07 de diciembre del 2013. Disponible en: www.secardiologia.es/.../4800-iresulta-eficaz-control-intensivo-estilos-vida-pacientes-diabéticos.
- Quiroga, A. (2011). Intervención telefónica para promover la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con síntomas de ansiedad y depresión. Artículo VOL. 17, NUM. 2:pp. 387-403. México. Recuperado el 02 de diciembre del 2013. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/292/29224159008.pdf
- Raile, M., Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en enfermería. España. Editorial Elsevier.pp.335-357, 7, 27,767.
- Ramirez, J. (2013). Guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2014: diagnóstico y tratamiento. Perú. Recuperado el 12 de diciembre del 2014. Disponible en: <http://jrminterna.blogspot.com/2013/12/ultima-hora-guias-de-diabetes-2014.html>
- Rodríguez, M., Castro, M., Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes hemodializados. Ciencia y Enfermería XI (2): 47-57. Concepción. Chile. Recuperado el 21 de febrero del 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007

- Ruiz, C., Segura, L., Agusti, R. (2013). Uso del Score de Framingham como indicador de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la población Peruana. Perú. Recuperado el 11 de octubre del 2014. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/premio_cardio/revista-peruana-cardiologia.pdf
- Sánchez, R. (2012). Causas de la Diabetes. Lima. Perú. Recuperado el 8 de agosto del 2013. Disponible en: <http://www.vidabetic.com>
- Sandvik, M. (2013). El alcohol y la Diabetes. Efectos, riesgos y complicaciones cuando vives con diabetes. España. Recuperado el 8 de enero del 2014. Disponible en: <http://ladiabetes.about.com/od/Complicaciones-de-la-diabetes/a/El-Alcohol-Y-La-Diabetes.htm>
- Segura, I. (2012). Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel Barranquilla. Colombia. Recuperado el 21 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
- Serquén, M. (2014). La diabetes se “dispara” en hospitales de la ciudad. Chimbote. Perú. Recuperado el 12 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.elferrolchimbote.com/index.php/local/1151-la-diabetes-se-dispara-en-hospitales-de-la-ciudad>
- Stewart, K. (2006). Avances en Diabetes. Selecciones. núm. 820. pag.23. México.
- Tenorio, J. (2012). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima. Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Particular San Pedro. Chimbote. Perú.

- Topiwala, S., Zieve, D. (1997). Diabetes. Medline Plus enciclopedia médica 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894. United States. Recuperado el 23 de Marzo de 2014. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
- Treviño, G. (2014). Comparación del estilo de vida general y de salud oral entre pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2. Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública. México. Recuperado el 13 de enero de 2015. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4358/1/1080259405.pdf>
- Vasanti, M., Barry, P., George, B. y cols. (2010) Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes. A meta-analysis. Diabetes Care. November. Vol. 33 no. 112477-2483. United States. Recuperado el 18 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/11/2477.full>
- Vásquez, M., Bande, M., Pérez, A. (2011). Afrontamiento y manejo de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Ourense. España. Recuperado el diciembre del 2014. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/251660456_Afrontamiento_y_manejo_de_la_enfermedad_en_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_1

ANEXOS



ANEXO N°01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**“ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE CHIMBOTE 2014”**

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En esta investigación con respecto al principio de beneficencia los sujetos de estudio no, sufrirán daños físicos, psicológicos por parte del investigador.

La participación del sujeto es libre sin ejercer en él ninguna coacción, se hará firmar previa a la recolección de datos, un formato de Consentimiento Informado (Anexo 02)

Con respecto al principio de Justicia, todas las personas serán tratadas con justicia, brindando un trato respetuoso y privacidad en la toma de datos.

Los datos obtenidos solo se usarán para el estudio asegurando la más estricta confidencialidad, por otro lado las entrevistas y los datos obtenidos serán presentados grupalmente protegiendo la identidad de los sujetos en estudio.



ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**“ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE CHIMBOTE 2014”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Ysabel Rodríguez Vásquez. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es determinar los estilos de vida y las estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo II en el Centro Médico Ponce Chimbote 2014.

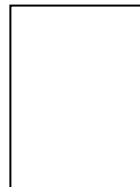
Me ha indicado también que tendré que responder 2 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno en mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al celular 943559393 o a la dirección de correo electrónico: ysabelrv_73@hotmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a Ysabel Rodríguez Vásquez a la dirección de correo antes mencionada.

Firma del Participante

DNI.....



Huella Digital

Chimbote, _____ de _____ del 2014.



ANEXO N°03

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

“ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE CHIMBOTE 2014”

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
ESTILO DE VIDA	Son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas"	Son patrones de conducta que adopta el paciente con diabetes mellitus tipo 2, de manera consciente sobre la forma de vida que elige, lo cual tiene un impacto favorable o desfavorable en su salud y que será medido a través de un cuestionario para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID).	<p>NUTRICIÓN</p> <p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>HÁBITOS NOCIVOS</p> <p>ACCESO A LA INFORMACIÓN</p> <p>EMOCIONES</p>	<p>Patrones de alimentación</p> <p>Elecciones alimentarias</p> <p>-Grado de actividad física</p> <p>-Capacidad para llevar a cabo tareas familiares y labores habituales.</p> <p>Frecuencia de consumo</p> <p>-Conocimiento de su enfermedad.</p> <p>-Conocimiento de su tratamiento.</p> <p>-Estado anímico</p>

<p>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</p>	<p>Es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados por el individuo para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de sus propios recursos. (Lazarus y Folkman, 1986).</p>	<p>Es la capacidad adaptativa de cada individuo respecto a que pueda o no hacer algo para cambiar una situación estresante como el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, esto será medido en base a un cuestionario de valoración y afrontamiento.</p>	<p>AUTOCONTROL DE LA ENFERMEDAD</p> <p>Valoración de la situación como amenazante (VSA)</p> <p>Valoración de la situación como desafío (VSD)</p>	<p>-Percepción general de salud</p> <p>-Control de su enfermedad.</p> <p>-Cumplimiento de tratamiento</p> <p>1) Muy importante en mi vida;</p> <p>2) Que tiene muchas consecuencias negativas, amenazantes o difíciles de controlar o resolver;</p> <p>3) Que no me gusta;</p> <p>4) En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás.</p> <p>5) En la que puedo hacer muchas cosas;</p> <p>6) En la que intento crecer como persona; en la que puedo y debo estar</p>
--	---	---	--	--

			<p>más pendiente de otros que de mí;</p> <p>7) Que supone un desafío para mí;</p> <p>8) En la que podría verme desbordado, pero que puedo controlar;</p> <p>9) En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo.</p> <p>10) Como otra más de la vida;</p> <p>11) Sin una especial importancia;</p> <p>12) Sin consecuencias negativas para mí.</p> <p>13) Creo que puedo enfrentarme a esta situación hacer cosas que ayuden;</p> <p>14) Trato de restarle importancia a la situación;</p> <p>15) Intento ver</p>
		<p>Valoración de la situación como indiferente (VSI),</p> <p>.Afrontamiento cognitivo dirigido a la situación (ACS)</p>	

			<p>la situación de la manera que me cause menos problemas;</p> <p>16) Trato de ver algún aspecto positivo de la situación;</p> <p>17) Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación;</p> <p>18) Puedo tomar decisiones que me ayuden a simplificar los problemas que aparecen.</p> <p>19) Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan;</p> <p>20) Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimo;</p> <p>21) Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos;</p>
			<p>Afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción (ACE)</p>

			<p>22) Pienso que en otras situaciones hice lo que pude, y eso me tranquiliza;</p> <p>23) Intento eliminar mis pensamientos negativos;</p> <p>24) Intento mejorar mi estado de ánimo.</p> <p>25) Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada;</p> <p>26) Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia el problema y buscar soluciones;</p> <p>27) Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien;</p> <p>28) Intento crear una situación relajada;</p> <p>29) Trato de conocer la situación y de prepararme</p>
--	--	--	--

Afrontamiento conductual motor dirigido a la situación (ACMS)

				<p>para ella;</p> <p>30) Busco el contacto con las personas más próximas.</p>
			<p>Afrontamiento conductual motor dirigido a la emoción (ACME),</p>	<p>31) Hago cosas que me ayuden a relajarme;</p> <p>32) Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno;</p> <p>33) Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión;</p> <p>34) Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro;</p> <p>35) Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control;</p> <p>36) Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme.</p>
			<p>Afrontamiento pasivo (AP)</p>	<p>37) Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las</p>

			Afrontamiento evitativo (AE).	conversaciones; 38) No hago nada especial e intento pasar desapercibido. 39) Intento huir o evitar y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella.
--	--	--	-------------------------------	---



CUESTIONARIO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN DIABÉTICOS (IMEVID)

Autor: López, Ariza, Rodríguez y Munguía.

PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Ysabel Rodríguez Vásquez estudiante de Maestría en Enfermería, que labora en esta institución y tengo el compromiso de colaborar con su bienestar; mediante este cuestionario espero su valioso apoyo con sus respuestas de manera sincera. Muchas gracias y no falte a su control.

INSTRUCTIVO: Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Marque con un “X” en el espacio sombreado.

NUTRICIÓN	1 ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	<input type="checkbox"/>	Algunos días	<input type="checkbox"/>	Casi Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	<input type="checkbox"/>	Algunos días	<input type="checkbox"/>	Casi Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3 o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	Casi Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	6 ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
	7 ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
	8 ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	
ACTIVIDAD FÍSICA	9 ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
	10 ¿Realiza otras actividades físicas después de su trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
	11 ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
HÁBITOS NOCIVOS	12 ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
	13 ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 a más	
	14 ¿Cuántas gaseosas bebe a la semana?	Ninguna	1 a 2	3 a más	

ACCESO INFORMACIÓN	15 ¿A cuántas charlas de pacientes con diabetes has asistido?	4 a más		1 a 3		Ninguna		
	16 ¿Trata de informarse sobre diabetes?	Casi Siempre		Algunas veces		Casi Nunca		
EMOCIONES	17 ¿Se enoja con facilidad?	Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		
	18 ¿Se siente triste?	Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		
	19 ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		
AUTOCONTROL	20 ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi Siempre		Algunas veces		Casi Nunca		
	21 ¿Sigue dieta para diabético?	Casi Siempre		Algunas veces		Casi Nunca		
	22 ¿Olvida tomar sus medicamentos para su diabetes?	Casi Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		
	23 ¿Cumple las indicaciones médicas?	Casi Siempre		Algunas veces		Casi Nunca		
						TOTAL		



ANEXO N°05

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA

“ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE CHIMBOTE 2014”

CUESTIONARIO DE VALORACION Y AFRONTAMIENTO FRENTE A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (IVA)

Autor: Cano Vindel y Miguel Tobal

INSTRUCCIONES

Mi interés es conocer como Ud., responde cuando se enfrenta a situaciones difíciles o estresantes como la diabetes. Con este propósito en el presente cuestionario le pido indicar que cosas hace o siente con más frecuencia. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos que más usa. Responda teniendo en cuenta las siguientes alternativas.

CASI NUNCA (0)

POCAS VECES (1)

UNAS VECES SÍ Y OTRA VECES NO (3)

CASI SIEMPRE (4).

A. Pienso que se trata de una situación	Casi nunca 0	Pocas veces 1	Unas veces si y otras veces no 3	Casi siempre 4
1. Que tiene mucha importancia en mi vida				
2. Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar.				
3. Que no me gusta				
4. En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás				
B. Pienso que se trata de una situación				
5. En la que puedo hacer muchas cosas				
6. En la que intento crecer como persona;				
7. Que supone un desafío para mi				
8. En la que podría haberme desbordado pero que puedo controlarme				
9. En la que debo esforzarme para conseguir un				

resultado positivo				
C. Pienso que se trata de una situación				
10. Como otra más de la vida				
11. Sin una especial importancia				
12. Sin consecuencias negativas para mi				
D.				
13. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que me ayuden				
14. Trato de restarle importancia a la situación				
15. Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas				
16. Trato de ver algún aspecto positivo de la situación				
17. Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación				
18. Puedo tomar decisiones para mejorar las dificultades que aparecen				
E.				
19. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan				
20. Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy ánimo				
21. Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos				
22. Pienso que en otras situaciones salí adelante y eso me tranquiliza				
23. Intento eliminar mis pensamientos negativos				
24. Intento mejorar mi estado de ánimo				
F.				
25. Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada				
26. Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia mí y el problema				
27. Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien				
28. Intento crear una situación relajada				
29. Trato de conocer la situación y de prepararme para ella				
30. Busco el contacto con las personas más próximas				

G.				
31. Hago cosas que me ayuden a relajarme				
32. Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno				
33. Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión				
34. Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro				
35. Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control				
36. Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme				
H.				
37. Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones				
38. No hago nada especial e intento pasar desapercibido				
I.				
39. Intento huir y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella.				
TOTAL				

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 06

**LOS ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEGÚN DIMENSIONES EN EL CENTRO MÉDICO PONCE, CHIMBOTE 2014.**

NUTRICIÓN	1 ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana 35.5	Algunos días 51.6	Casi Nunca 12.9
	2 ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana 43.5	Algunos días 46.8	Casi Nunca 9.7
	3 ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1 29.0	2 40.3	3 o más 30.6
	4 ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca 32.3	Algunas veces 41.9	Frecuentemente 25.8
	5 ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca 51.6	Algunas veces 41.9	Casi Siempre 6.5
	6 ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca 17.7	Algunas veces 43.5	Frecuentemente 38.7
	7 ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca 24.2	Algunas veces 41.9	Frecuentemente 33.9
	8 ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le	Casi nunca 43.5	Algunas veces 53.2	Casi Siempre 3.2

	servan más?					
ACTIVIDAD FÍSICA	9 ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana 38.7		1 a 2 veces por semana 30.6		Casi nunca 30.6
	10 ¿Realiza otras actividades físicas después de su trabajo?	Casi siempre 17.7		Algunas veces 45.2		Casi nunca 37.1
	11 ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa 22.6		Trabajos en casa 40.3		Ver televisión 37.1
HÁBITOS NOCIVOS	12 ¿Bebe alcohol?	Nunca 41.9		Rara vez 51.6		1 vez o más por semana 6.5
	13 ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna 41.9		1 a 2 41.9		3 a más 16.1
	14 ¿Cuántas gaseosas bebe a la semana?	Ninguna 37.1		1 a 2 59.7		3 a más 3.2
ACCESO INFORMACIÓN	15 ¿A cuántas charlas de pacientes con diabetes has asistido?	4 a más 3.2		1 a 3 29.0		Ninguna 67.7

	16 ¿Trata de informarse sobre diabetes?	Casi Siempre 38.7	Algunas veces 38.7	Casi Nunca 22.6	
EMOCIONES	17 ¿ Se enoja con facilidad	Casi Nunca 8.1	Algunas veces 48.4	Casi Siempre 43.5	
	18 ¿Se siente triste?	Casi Nunca 8.1	Algunas veces 64.5	Casi Siempre 27.4	
	19 ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi Nunca 14.5	Algunas veces 61.3	Casi Siempre 24.2	
AUTOCONTROL	20 ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi Siempre 46.8	Algunas veces 51.6	Casi Nunca 1.6	
	21 ¿Sigue dieta para diabético?	Casi Siempre 27.4	Algunas veces 61.3	Casi Nunca 11.3	
	22 ¿Olvida tomar sus medicamentos para su diabetes?	Casi Nunca 46.8	Algunas veces 38.7	Frecuentemente 14.5	
	23 ¿Cumple las indicaciones médicas?	Casi Siempre 37.1	Algunas veces 62.9	Casi Nunca 0.0	

ANEXO N°07

VALORACION Y AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 SEGÚN DIMENSIONES EN EL CENTRO MÉDICO PONCE, CHIMBOTE
2014.

DIMENSIONES	Casi nunca 0	Pocas veces 1	Unas veces si y otras veces no 3	Casi siempre 4
J. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN COMO AMENAZANTE (VSA)				
40. Que tiene mucha importancia en mi vida	51.6	16.1	9.7	22.6
41. Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar.	25.8	24.2	37.1	12.9
42. Que no me gusta	38.7	4.8	6.5	50.0
43. En la que reflexiono acerca de lo que pensarán los demás	25.8	16.1	14.5	43.5
K. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN COMO DESAFÍO (VSD)				
44. En la que puedo hacer muchas cosas	14.5	4.8	41.9	38.7
45. En la que intento crecer como persona;	24.2	14.5	33.9	27.4
46. Que supone un desafío para mi	9.7	16.1	41.9	32.3
47. En la que podría haberme desbordado pero que puedo controlarme	11.3	12.9	51.6	24.2
48. En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo	12.9	9.7	33.9	43.5
L. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN COMO INDIFERENTE (VSI)				
49. Como otra más de la vida	21.0	11.3	30.6	37.1
50. Sin una especial importancia	24.2	14.5	21.0	40.3
51. Sin consecuencias negativas para mi	25.8	17.7	30.6	25.8
M. AFRONTAMIENTO COGNITIVO DIRIGIDO A LA SITUACIÓN (ACS)				
52. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que me ayuden	3.2	9.7	58.1	29.0
53. Trato de restarle importancia a la situación	9.7	8.1	48.4	33.9
54. Intento ver la situación de la manera que me cause menos problemas	4.8	22.6	54.8	17.7
55. Trato de ver algún aspecto positivo de la situación	22.6	21.0	43.5	12.9
56. Creo que puedo cambiar mi visión pesimista sobre esta situación	9.7	29.0	46.8	14.5
57. Puedo tomar decisiones para mejorar las	3.2	22.6	50.0	24.2

dificultades que aparecen				
N. AFRONTAMIENTO COGNITIVO DIRIGIDO A LA EMOCIÓN (ACE)				
58. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan	3.2	14.5	59.7	22.6
59. Me digo a mí mismo cosas positivas y me doy animo	3.2	14.5	38.7	43.5
60. Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos	4.8	19.4	58.1	17.7
61. Pienso que en otras situaciones salí adelante y eso me tranquiliza	4.8	19.4	58.1	17.7
62. Intento eliminar mis pensamientos negativos	3.2	17.7	45.2	33.9
63. Intento mejorar mi estado de ánimo	1.6	12.9	46.8	38.7
O. AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL MOTOR DIRIGIDO A LA SITUACIÓN (ACMS)				
64. Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada	8.1	11.3	53.2	27.4
65. Hago cosas para atraer la atención de los demás hacia mí y el problema	53.2	14.5	12.9	19.4
66. Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien	0.0	45.2	50.0	4.8
67. Intento crear una situación relajada	0.0	9.7	46.8	43.5
68. Trato de conocer la situación y de prepararme para ella	17.7	6.5	33.9	41.9
69. Busco el contacto con las personas más próximas	32.3	12.9	16.1	38.7
P. AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL MOTOR DIRIGIDO A LA EMOCIÓN (ACME)				
70. Hago cosas que me ayuden a relajarme	0.0	11.3	48.4	40.3
71. Hago pequeñas cosas que me ayuden a estar activo y sereno	0.0	14.5	53.2	32.3
72. Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión	1.6	14.5	53.2	30.6
73. Trato de usar mis mejores habilidades para sentirme más seguro	0.0	33.9	56.5	9.7
74. Hago cosas que me ayuden a aumentar mi sensación de control	1.6	19.4	67.7	11.3
75. Intento hablar de una manera espontánea y suave para calmarme	3.2	24.2	38.7	33.9
Q. AFRONTAMIENTO PASIVO (AP)				
76. Trato de hablar poco y no ser el centro de atención	16.1	14.5	8.1	61.3

de las conversaciones				
77. No hago nada especial e intento pasar desapercibido	16.1	11.3	19.4	53.2
R. AFRONTAMIENTO EVITATIVO (AE)				
78. Intento huir y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella.	25.8	14.5	32.3	27.4

ANEXO N° 08

**ESTILOS DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL
PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO MÉDICO PONCE.
CHIMBOTE, 2014.**

ESTILOS DE VIDA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO 2						TOTAL	
	^a Desfavorable		^b Medianamente favorable		Favorable		N°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Regular estilo de vida	2	3.5	31	54.4	24	42.1	57	91.9
Buen estilo de vida	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5	8.1
TOTAL	2	3.2	33	53.3	27	43.5	62	100.0

$X^2 = 0.692$ gl = 2 p=0,707 No Significativo ^{a+b}OR= 2.1 Riesgo elevado

r = 0.1 Sin correlación

INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Se observa que entre los pacientes que tienen regular estilo de vida, prevalece medianamente desfavorable estrategia de afrontamiento (54.4%); a diferencia de los pacientes que tienen buen estilo de vida, en quienes prevalece favorable estrategia de afrontamiento (60.0%).

Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre estilos de vida y las estrategias de afrontamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 ($p=0,707$). Asimismo, ante la medida de correlación, no existe una correlación significativa entre ambas variables ($r=0.1$), es decir, los estilos de vida es independiente a las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, ante la prueba de riesgo, el agrupar lo desfavorable y medianamente favorable se constituyen en riesgo elevado para un regular estilo de vida ($OR=2.1$), es decir, existe 2.1 veces más riesgo que los pacientes tengan un regular estilo de vida, si tienen desfavorable y medianamente favorable estrategia de afrontamiento.

ANEXO N°09

Correlación entre estrategias de afrontamiento y dimensiones del estilo de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro médico Ponce. Chimbote. 2014

Correlaciones			
Dimensiones de estilos de vida		Estrategias de afrontamiento	
Rho de Spearman	NUTRICION	Coeficiente de correlación	-,107
		Sig. (bilateral)	,408
		N	62
	ACTIVIDAD FISICA	Coeficiente de correlación	,002
		Sig. (bilateral)	,988
		N	62
	HABITOS NOCIVOS	Coeficiente de correlación	-,076
		Sig. (bilateral)	,558
		N	62
	ACCESO INFORMACION	Coeficiente de correlación	,328**
		Sig. (bilateral)	,009
		N	62
	EMOCIONES	Coeficiente de correlación	,396**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	62
AUTOCONTROL	Coeficiente de correlación	,153	
	Sig. (bilateral)	,234	
	N	62	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diabetes mellitus.

INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Se muestra las correlaciones de cada una de las dimensiones del estilo de vida con las estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

En efecto, el análisis de correlación se ha determinado a través de la correlación de Spearman toda vez que los puntajes de los pacientes en cada una de las dimensiones del estilo de vida no se distribuyen en forma normal. Entonces las dimensiones acceso a la información y emociones son las únicas que han obtenido un coeficiente de correlación de Spearman de 0,328 y 0,396 respectivamente, lo que significa un grado de asociación moderada positiva, estos han generado un nivel de significancia experimental $p = 0,009$ y $p = 0,001$ ambos inferior al nivel de significancia fijado por la investigadora $\alpha = 0,05$, esto indica que los datos de las muestras de las dos dimensiones mencionadas son evidencia suficiente, que nos permite comprobar que efectivamente existe una coincidencia de las respuestas de manera significativa entre la estrategia de afrontamiento con acceso de información y las emociones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

ANEXO N° 10

Correlación entre el estilo de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Ponce. Chimbote. 2014

DIMENSIONES DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		ESTILOS DE VIDA
VALORACION DE LA SITUACION COMO AMENAZANTE	Correlación de Pearson	-,130
	Sig. (bilateral)	,313
	N	62
VALORACION DE LA SITUACION COMO DESAFIO	Correlación de Pearson	,062
	Sig. (bilateral)	,633
	N	62
VALORACION DE LA SITUACION COMO INDIFERENTE	Correlación de Pearson	-,150
	Sig. (bilateral)	,244
	N	62
AFRONTAMIENTO COGNITIVO DIRIGIDO A LA SITUACION	Correlación de Pearson	,005
	Sig. (bilateral)	,968
	N	62
AFRONTAMIENTO COGNITIVO DIRIGIDO A LA EMOCION	Correlación de Pearson	,289*
	Sig. (bilateral)	,023
	N	62
AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL MOTOR DIRIGIDO A LA SITUACION	Correlación de Pearson	,180
	Sig. (bilateral)	,161
	N	62
AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL MOTOR DIRIGIDO A LA EMOCION	Correlación de Pearson	,245
	Sig. (bilateral)	,055
	N	62
	AFRONTAMIENTO EVITATIVO (AE)	Coeficiente de correlación
Rho de Spearman	Sig. (bilateral)	-,068
	N	62
	AFRONTAMIENTO PASIVO	Coeficiente de correlación
	Sig. (bilateral)	,018
	N	,891
		62

INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA

Se muestra las correlaciones de cada una de las estrategias de afrontamiento con el estilo de vida del paciente con diabetes mellitus.

En efecto, el análisis de correlación se ha determinado a través de la correlación de Pearson toda vez que los puntajes de los pacientes en las siete primeras dimensiones de estrategias de afrontamiento y el estilo de vida se distribuyen en forma normal, en cambio se ha utilizado la correlación de Spearman en las dos últimas dimensiones de estrategias de afrontamiento porque no se distribuyen de forma normal. Entonces la dimensión afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción es la única que ha obtenido un coeficiente de correlación de Pearson de 0,289, lo que significa un grado de asociación moderada positiva, esto ha generado un nivel de significancia experimental $p = 0,023$ inferior al nivel de significancia fijado por la investigadora $\alpha=0,05$, esto indica que los datos de las muestras de la dimensión mencionada son evidencia suficiente, que permite comprobar que efectivamente existe una correlación de manera significativa entre la dimensión afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción y el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.