

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Una Institución Adventista

Estilo de vida y su relación con el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019.

Tesis para optar el título Profesional de Médico Cirujano

Por:

Miguel Calderón Dávila
Misael Clinton Ginez Muñico

Asesor:

Mg. Pool Marcos Carbajal

Lima – Perú 2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Pool Marcos Carbajal, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **“ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN FRANCISCO DE ÑAÑA, 2019”** constituye la memoria que presenta los Bachilleres **Ginez Muñuico Misael Clinton** y **Calderón Dávila Miguel** para aspirar al **Título de Profesional de Médico Cirujano** ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, a los 04 días de marzo del año 2019.



Mg. Pool Marcos Carbajal

“Estilo de vida y su relación con el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019”

TESIS

Presentada para optar por el título profesional de Médico Cirujano

JURADO CALIFICADOR



Presidente
Mg. Ronny Chilón Troncos



Secretario
Mc. Catherine Alejandra Márquez Canales



Vocal
Blgo. Miguel Otiniano Trujillo



Asesor
Mg. Pool Marcos Carbajal

Lima, 27 de febrero del 2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Abreviaturas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	vii
1. Planteamiento del problema.....	9
2. Formulación del problema.....	10
3. Objetivos de la investigación	10
3.1. Objetivo general	10
3.2. Objetivos específicos.....	11
4. Hipótesis	11
5. Justificación del problema	12
5.1. Aporte teórico	12
5.2. Aporte metodológico	12
5.3. Aporte práctico y social	12
6. Presuposición filosófica	12
1. Antecedentes	14
2. Marco teórico	20
2.1. Estilo de vida	20
2.1.1. Definición.....	20
2.1.2. Dimensiones del estilo de vida	21

2.2. Diabetes Mellitus tipo 2.....	25
3. Definición de términos	26
1. Diseño y tipo de investigación	27
2. Delimitación geográfica	27
3. Participantes	27
3.1. Población	27
3.2. Muestra.....	27
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.	28
4. Variable.....	28
4.1. Operacionalización de variables	28
5. Técnica e instrumento de recolección de datos	33
6. Proceso de recolección de datos.....	34
7. Procesamiento y análisis de datos	34
8. Consideraciones éticas.....	34
1. Resultados	36
2. Discusión	41
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	56
Anexo 2. Consentimiento	59

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

FID: Federación Internacional de Diabetes

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

P.S: Puesto de Salud

IMC: Índice de Masa Corporal

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre los estilos de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019. **Metodología:** Se aplicó el cuestionario de Estilos de Vida Saludables elaborado por Salazar y Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú y para medir la variable riesgo a desarrollar DM tipo 2 se empleó el Test de Findrisk. Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico STATISTIC. Para el análisis de datos descriptivos se utilizaron tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. El p-valor de la prueba fue 0.00001 por lo tanto optamos por la prueba no probabilística (Tau b Kendall). **Justificación:** Permitirá ampliar conocimientos sobre la importancia de los estilos de vida en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. Permitirá la toma de decisiones basada en la evidencia. Incentivará la práctica del trabajo extramural, haciendo énfasis en las visitas domiciliarias, charlas educativas y campañas de salud. **Resultados:** Se observa que, a nivel general, el 62,7% de los adultos evidenciaron un estilo de vida poco saludable, así también se observa que, el 41% de los adultos presentaron un riesgo ligeramente elevado para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2, Se observa que, el 35,7% de la población tuvo una edad menor a 35 años y el 59,4% fueron de sexo femenino. En la tabla 4 se observa que, a partir de la prueba estadística Tau b de Kendall, se halló un p-valor de 0,0001 para la variable estilo de vida y el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2. **Conclusiones:** Existe relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en los adultos del A.H.

Palabras clave: Estilo de vida, Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2

Abstract

Objective: To determine the relationship between lifestyles and the risk of developing type 2 diabetes mellitus in adults of A.H. San Francisco de Ñaña, 2019. Methodology: The Healthy Lifestyles questionnaire was developed by Salazar and Arrivillaga (2005) and adapted by Palomares (2014) in Lima-Peru and to measure the risk variable to develop DM type 2 was used the Findrisk Test. The STATISTIC statistical program was used for data processing. For the analysis of descriptive data, frequency distribution tables were used and for the inferential statistics, the Kolmogorov-Smirnov normality test was performed. The p-value of the test was 0.00001 therefore we opted for the non-probabilistic test (Tau b Kendall). Justification: Will allow to expand knowledge about the importance of lifestyles in the prevention of diabetes mellitus type 2. It will allow the decision making based on the evidence. It will encourage the practice of extramural work, emphasizing home visits, educational talks and health campaigns. Results: It is observed that, on a general level, 62.7% of adults showed an unhealthy lifestyle, so it is also observed that 41% of adults presented a slightly elevated risk to develop Type 2 Diabetes Mellitus, It is observed that, 35.7% of the population was younger than 35 years old and 59.4% were female. Table 4 shows that, based on Kendall's Tau b statistical test, a p-value of 0.0001 was found for the lifestyle variable and the risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus. Conclusions: There is a relationship between lifestyle and the risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus in adults of AH.

Keywords: Lifestyle, Risk of Diabetes Mellitus type 2

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

La Diabetes Mellitus tipo 2 se define como: “un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas)” (1).

La Organización Mundial de la Salud (2) advierte que, la prevalencia mundial de diabetes en adultos mayores de 18 años, se ha incrementado en un 3,8% en los últimos 30 años, afectando a casi 422 millones de habitantes, con una mortalidad de 1,6 millones en el 2015. De igual manera, otros 2,2 millones de muertes se debieron a la hiperglucemia en el 2012, siendo más frecuente en menores de 70 años. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad para el 2030 (3).

Seguidamente, la Organización Panamericana de la Salud (4) señala que, en América Latina y el Caribe, esta enfermedad afecta al 15% de la población adulta, estimándose que para el 2025 afecte a más de 65 millones de personas. A su vez, constituye un gran problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo, donde el gasto anual por esta enfermedad asciende a 65 216 millones de dólares. Del mismo modo, la Federación Internacional de Diabetes (5) en el 2013, indicó que América Central y Sur América concentran 24,1 millones de diabéticos y se espera que para el 2035 esta cifra ascienda en un 59,8%. Es así que, en América Latina, el país de Puerto Rico registra la más alta prevalencia con un 15,4% de afectados. En el caso de Argentina, Chile, Colombia y México, los porcentajes son del 6%, el 10,3%, el 7,2% y el 11,7%, respectivamente. En todo el mundo, Brasil y México se ubican en el cuarto y el

sexto lugar con mayor número de personas entre los 20 y 79 años de edad con diabetes.

El Perú no es muy lejano a esta realidad, ya que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (6) del 2013 informó que, existe una prevalencia del 33,8% de sobrepeso y 18,3% de obesidad en pobladores mayores de 18 años de edad. Asimismo, el estudio PERUDIAB (7) del 2012 estimó que la prevalencia nacional de diabetes fue del 7% en Lima metropolitana, siendo mayor en las regiones costeras y en adultos mayores de 25 años. Cabe resaltar, que en un 23% de los encuestados se encontró hiperglicemia (Glucosa > 126 mg/dl) de ayuno.

Según Velasco y Brena (8), existe mayor riesgo de padecer diabetes en personas con exceso de peso y que no practican actividad física, razón por la que se asocia directamente con los estilos de vida sedentarios. Por otro lado, diversos estudios (9) han demostrado que las intervenciones en el estilo de vida en individuos con pre-diabetes, constituyen el eslabón más importante en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

El Puesto de Salud La Era informa que, la mayoría de la población dentro de su jurisdicción presenta obesidad y malos hábitos de vida, siendo el consumo de alcohol y alimentos chatarra los de mayor incidencia.

Por lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar el estilo de vida presente en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Condición, actividad física y deporte” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Recreación y manejo del tiempo libre” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Sueño” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Hábitos alimenticios” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.
- Determinar la relación entre la dimensión “Autocuidado y cuidado médico” y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis Alternativa

Existe relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.

4.2. Hipótesis Nula

No existe relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.

5. Justificación del problema

5.1. Aporte teórico

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre el estilo de vida y la diabetes mellitus tipo 2; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones en el campo comunitario. Asimismo, permitirá a los estudiantes y profesionales de medicina ampliar sus conocimientos sobre la importancia de los estilos de vida en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

5.2. Aporte metodológico

El diseño de la investigación permitirá conocer la relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2. Asimismo, la aplicación de instrumentos en una realidad diferente a los trabajos previamente publicados. Por último, aporta una base de datos actualizada que permitirá la toma de decisiones basada en la evidencia.

5.3. Aporte práctico y social

Los resultados del estudio, permitirán a los profesionales de la salud que laboran en el P.S La Era establecer un diagnóstico situacional del estilo de vida y el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 de los habitantes de la asociación del Inti. Así también, incentivará en el profesional médico la práctica del trabajo extramural, haciendo énfasis en las visitas domiciliarias, charlas educativas y campañas de salud.

Por otro lado, la investigación motivará a los estudiantes de medicina a desenvolverse más en el campo comunitario, sobretodo en la realización de programas de intervención que permitan modificar factores de riesgo en poblaciones vulnerables.

6. Presuposición filosófica

En el versículo 19 y 20 del capítulo 6 del libro 1 Corintios, según la versión Reina Valera de la Biblia (1960), se encuentra escrito: “¿Acaso no saben que su cuerpo es templo del Espíritu Santo, quien está en ustedes y al que han recibido de parte de Dios? Ustedes no son sus propios dueños; fueron comprados por un

precio. Por tanto, honren con su cuerpo a Dios”. Por lo tanto, como profesionales del campo de la salud es nuestro deber promover en la población la práctica de estilos de vida saludable, que le permita al adulto asegurar una calidad de vida en los años venideros.

E.G. White (10) afirma en su Libro Dones Espirituales que:

“Vi que era un sagrado deber cuidar de nuestra salud y animar a otros al mismo deber... Tenemos como responsabilidad hablar y luchar contra la intemperancia de cualquier especie —intemperancia en el trabajo, en el comer, en el beber, en el uso de remedios— y presentar los grandes remedios de Dios: el agua pura y potable, en la enfermedad, en la salud, en la higiene y en gran abundancia... Vi que no debemos callarnos sobre el asunto de la salud, sino despertar nuestra mente para esto. No sé ni es seguro ni agradable a Dios que, después de violar las leyes de la salud, busquemos al Señor, pidiendo que vele sobre nuestra salud y nos guarde de las enfermedades, cuando nuestros hábitos contradicen nuestras oraciones”

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

Saltos (11) en el 2012, realizó un estudio en Ecuador titulado: “Estilos de vida y factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2”. El estudio fue de tipo observacional, no experimental, descriptivo y transversal. Se realizó en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, con 90 pacientes del club de los diabéticos. El instrumento empleado fue un cuestionario sobre estilo de vida y exposición a múltiples factores de riesgo que producen la enfermedad. Además, se valoró la glucemia, colesterol, triglicéridos en ayunas, IMC, presión arterial, considerándose antecedentes patológicos personales y familiares, años de la enfermedad y complicaciones orgánicas. Los resultados revelaron que, el 66,7% de los pacientes tuvieron una dieta no saludable; el 65,6% consumían una dieta alta en carbohidratos y grasas y el 56,7% practicaban una vida sedentaria. Asimismo, al análisis de los factores de riesgo, se encontró que, el 14,4% de los pacientes tuvieron hipertensión arterial antes de la Diabetes, el 82% tuvieron como antecedente algún familiar que padece esta enfermedad, el 35,6% presentaron sobrepeso y el 40 44.4% obesidad.

En un estudio transversal realizado en Brasil se identificaron los factores de riesgo para DM2 en los estudiantes universitarios, en donde se incluyeron a 702 participantes, y se recogieron datos del ejercicio físico, antropométricos y sociodemográficos, también la presión arterial y niveles de glucosa en ayunas. Se encontró que el factor de riesgo más prevalente fue el sedentarismo, seguido de sobrepeso, obesidad central, la glucosa plasmática elevada en ayunas e hipertensión arterial (12).

Aguilar (13) en el 2014, elaboró un trabajo de investigación en Lima-Perú, con el objetivo de determinar el estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos. Para la

recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario modificado tipo Escala de Lickert. Los resultados encontraron que, la mayoría de adultos mayores presentaron un estilo de vida saludable lo cual es beneficioso para su salud, evidenciándose en los adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones interpersonales, evitando los hábitos nocivos y el buen control de las emociones.

Ignacio et al. (14) en un estudio de prevalencia del síndrome metabólico y factores de riesgo asociados en estudiante universitarios de medicina de la Universidad Central de Ecuador entre 17 y 25 años de edad del año 2015, en donde todos los estudiantes se midieron peso, talla, índice de masa corporal (IMC, presión arterial, circunferencia abdominal y los niveles séricos de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y glucosa). El estudio muestra que la prevalencia de síndrome metabólico fue de 7.58%. Esto significa que uno de cada 13 estudiantes tenía síndrome metabólico. El 22.24% tiene pre-obesidad y el 3,14% tiene obesidad. Se encontró que la circunferencia abdominal fue principalmente mayor en las mujeres que los hombres (33.57% vs 9.55%).

Kaizu et al en el año 2014 (15) en el estudio titulado "Impacto de la actividad física en el tiempo libre en el control glucémico y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes japoneses con diabetes mellitus tipo 2 : el Registro de Diabetes de Fukuoka". La muestra estuvo conformada por 4 870 pacientes japoneses ≥ 20 años con Diabetes Mellitus tipo 2, se dividieron en ocho grupos según la actividad física en el tiempo libre. Investigaron las asociaciones entre la cantidad y la intensidad de los niveles de actividad física y el control glucémico, la sensibilidad a la insulina, los factores de riesgo cardiovascular y la inflamación sistémica de bajo grado en un estudio transversal. Concluyendo que la actividad física en el tiempo libre se asoció de forma dependiente de la dosis con un mejor control glucémico y una mejoría de algunos factores de riesgo cardiovascular en pacientes japoneses con Diabetes Mellitus tipo 2. Además, el aumento de actividad física en el tiempo libre de mayor intensidad puede ser apropiado para el control glucémico.

Un estudio realizado en el Este de China para investigar la prevalencia de factores de riesgo y diabetes y alteración de la glucosa en ayunas entre los Aspirantes a la Universidad Urbana en China Oriental. Participaron 6716 estudiantes de entre 17-19 años de edad. Se evaluó la glucosa en ayunas, la alanina transaminasa, peso y la presión arterial. La prevalencia global de la alteración de la glucosa en ayunas y la diabetes fue de 2.40% y 0.13%, respectivamente (3.67% y 0.09% en los varones: 1.09% y 0.18% en las niñas). En total, el 20.9% de los varones y el 10.6% de las niñas con sobrepeso/obesidad. Alto estatus socioeconómico se asoció con un mayor riesgo de diabetes y alteración de la glucosa en ayunas, pero la asociación fue significativa sólo entre los varones (OR 1.94 IC95%: 1.26 a 2.98). Los niveles de transaminasa alanina fueron significativa y positivamente relacionados con el riesgo de diabetes y alteración de glucosa en ayunas. El sobrepeso y la obesidad se asoció significativamente con un mayor riesgo de alteración de la glucosa en ayunas y diabetes en las mujeres, pero no en los varones. Por otra parte, el número de los factores de riesgo antes mencionado (es decir, el sobrepeso/obesidad, elevación de la alanina aminotransferasa, pre-hipertensión) fue significativa y positivamente relacionada con la diabetes y alteración de la glucosa en ayunas entre los varones y mujeres. La glucosa alterada en ayunas era frecuente entre los aspirantes a la universidad urbana, en particular los varones y los de nivel socioeconómico alto en el este de China (16).

Urbán, Coghlan y Castañeda (9) en el 2015, ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y el control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en una unidad del primer nivel de atención del estado de Sonora, México. El trabajo fue observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto; en el que se aplicó el test IMEVID para evaluar el estilo de vida, y prueba de control glucémico con hemoglobina glucosilada en pacientes portadores de Diabetes Mellitus, con al menos un año de diagnóstico. La muestra estuvo conformada por 196 pacientes, 128 mujeres y 68 hombres. Los resultados indicaron que, el 70,4% de los pacientes presentaron control glucémico y el 29,6% descontrol; además de un estilo de vida favorable en el 23,5%, poco favorable en 67,9% y desfavorable en 8,7%. Por otro lado, se halló

correlación entre el estilo de vida y el control glucémico, pero fue débil con un índice de correlación de -0.196 ($p < 0.05$).

M. Hernández Ruiz de Eguilaz y colaboradores (17) en el 2016, desarrollaron una revisión titulada: “Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas” en Navarra-España recalándose que el elevado aporte calórico más el sedentarismo son agentes principales del desarrollo de Obesidad y Sobrepeso, así mismo a esto emergen nuevas consecuencias patológicas como el síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, se encuentran en los trabajos comprendidos por la revisión que en su mayoría los cambios en la alimentación y los estilos de vida, son un instrumento efectivo para combatir o retrasar la aparición de complicaciones del síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, bajo esta consigna la prevención es la clave para evitar las consecuencias que pueden afectar la calidad de vida de la población.

Mamani, Cusipaucar, Scherman y De La Cruz(18) en el 2017, desarrollaron una investigación titulada: “Medicina de estilo de vida y riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus en personal de la Clínica Good Hope” en Lima-Perú. El estudio fue observacional, transversal, analítico, que evalúa la probabilidad de los trabajadores de padecer diabetes mellitus. La muestra fue por conveniencia y estuvo conformada por 210 personas, de las cuales 100 fueron del grupo administrativo y 110 del grupo asistencial. Los resultados informaron que, el 34% de la población presentó IMC normal, 49% sobrepeso y el 18.3% obesidad. El 15 % tuvieron riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. De igual manera, los factores asociados significativamente al riesgo de desarrollar diabetes fueron edad mayor de 40 años (OR: 10,14; $p: 0,0001$); sexo masculino (OR: 2.35; $p: 0,03$); antecedente familiar de diabetes (OR: 6.33; $p: 0,0001$); IMC mayor de 25 (OR: 19,70; $p: 0,0001$) y actividad física (OR: 28,95; $p: 0,0001$) así como el diagnóstico de hipertensión arterial (OR: 13.50; $p: 0,002$).

Llañez, Alor, Paredes, Darío y Alor (19) en el 2017, realizaron un estudio en Lima-Perú, con el objetivo de determinar el valor del Test de Findrisk y la predicción de diabetes mellitus tipo dos, en alumnos de la Escuela de Medicina Humana en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. La

investigación fue básica, descriptiva y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 estudiantes entre 16 y 30 años de edad de ambos sexos de una población de 320. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario. Los resultados indicaron que, el 35% de los estudiantes presentaron un IMC normal, el 41,5% tuvo sobrepeso y el 23,3% fue obeso. Para el perímetro de cintura, el 63,3% estuvo dentro del rango normal; el 58,3% realizaban actividad física al menos 30 minutos al día en sus tiempos libres y el 36,7 % consume verduras todos los días. Ninguno de ellos tuvo valores altos de hipertensión arterial y para los antecedentes de diabetes en sus familiares directos y parientes se obtuvo respuestas positivas de 11,6% y 26,7 % respectivamente y un 61,7 % respondió que no tuvieron antecedentes familiares con diabetes. Por último, según el Test de Findrisk; el 58,3% de alumnos presentó riesgo bajo, el 15% riesgo moderado, el 13,3% riesgo muy alto y el 10,0% riesgo alto, de padecer diabetes mellitus tipo 2 de aquí a 10 años.

Rodríguez (20) en el 2017, realizó una investigación en Ecuador, con el objetivo de determinar el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 mediante el test de Findrisk en las personas que acuden a Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo. La metodología fue de tipo prospectivo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 348 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario Test de FINDRISK. Los resultados indicaron que, el 41,38% presentan un riesgo bajo, el 33,62% riesgo muy bajo, el 12,93% moderado, el 11,20% alto y el 0,87% muy alto.

Rico Sánchez y colaboradores (21) en el 2018 en la localidad de Querétaro-México, tras un estudio observacional, transversal y descriptivo, evaluaron los estilos de vida y el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y valor de hemoglobina Glicosilada; encontrándose los resultados, el nivel de conocimiento así como el perfil promotor de salud es regular para ambos sexos. La HbA1c se relaciona con el perfil de salud $r = .271$, no así con el nivel de conocimiento. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan HbA1c = 8.96, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y comorbilidades crónicas tienen HbA1c =7.55, concluyendo que las intervenciones a nivel poblacional deben tener un enfoque en la promoción de estilos de vida saludable y no necesariamente los conocimientos de la enfermedad.

Petermann y colaboradores (22) en el 2018, elaboraron un estudio en Chile, titulado: “Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física en personas con antecedentes familiares de diabetes”. El trabajo fue cuantitativo, no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 5129 personas que participaron de la Encuesta Nacional de Salud de Chile. Se empleó el cuestionario GPAQ v2 para medir la variable actividad física y los antecedentes familiares mediante autor-reporte de cada participante. Los resultados demostraron que el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas con antecedentes familiares de esta enfermedad es elevado, independientemente de su nivel de actividad física y de su adiposidad. Por otro lado, tanto las mujeres como los hombres físicamente inactivos y con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2 presentaron mayor probabilidad de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 (OR mujeres: 5,49; IC 95%: 3,85-7,84; $p < 0,0001$; y OR hombres: 8,16; IC95%: 4,96-13,4; $p < 0,0001$), comparados con sus pares sin antecedentes familiares y activos físicamente.

Sadarangani et al (23) en el año 2019 elaboraron un estudio en Chile titulado: “La actividad física en el tiempo libre está asociada con un mejor control metabólico en adultos con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2: un estudio transversal de dos hospitales públicos de Chile”. El objetivo de dicho estudio fue determinar la asociación entre la actividad física en el tiempo libre y el control metabólico, en adultos con diabetes mellitus. La muestra estuvo conformada por 101 adultos con Diabetes Mellitus tipo 1 y 100 adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Se midió el nivel de hemoglobina glucosilada (A1c) y los niveles de actividad física en el tiempo libre se midieron mediante el cuestionario de actividad física global. Los resultados demostraron que los pacientes que no informaron actividad física en el tiempo libre tuvieron niveles más altos de hemoglobina glucosilada (DM tipo 1 de media A1c: $8.8 \pm 1.5\%$ y DM tipo 2 promedio de A1c: $9.2 \pm 1.4\%$) en comparación con aquellos que cumplieron con las recomendaciones de actividad física de ≥ 150 min/semana (DM tipo 1 de media A1c: $8,0 \pm 1,6\%$ y DM tipo 2 A1c: $8,1 \pm 1,4\%$). El análisis de regresión mostró que los niveles de A1c se asociaron negativamente con ≥ 150 min/semana en actividad física en tiempo libre en Diabetes Mellitus tipo 1 ($b = -0,25$; IC del 95%: -0,16 a -0,01) y Diabetes Mellitus tipo 2 ($b = -0,24$; IC del 95%: -0,29 a -0,02).

2. Marco teórico

2.1. Estilo de vida

2.1.1. Definición

Desde la postura epidemiológica, se define como “el conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud”. Sin embargo, esta representación, no considera al hombre dentro del sistema socioeducativo, reduciéndolo simplemente a un modo o hábito de vida(24).

Según Bourdieu, “las personas de una misma clase social tienden a compartir los mismos estilos de vida, tales como los gustos por ciertos alimentos, deportes o hobbies porque tienen las mismas oportunidades. Los hábitos se alinean con las aspiraciones y expectativas individuales para corresponder con las posibilidades objetivas para alcanzarlos” (25).

Por otro lado, algunos autores(26), consideran que el estilo de vida, alude a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Es así que, resaltan dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Por tal motivo, el estilo de vida está estrechamente vinculados con la responsabilidad con la salud.

Por último, Cockerham señala que “los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan” (27).

2.1.2. Dimensiones del estilo de vida

Actividad física

Shephard y Balady(28) lo definen como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético”.

Se encuentra íntimamente relacionada con la disminución de la obesidad y prevención de enfermedades crónicas a causa de malos hábitos alimenticios, por lo tanto, se ha convertido en un importante indicador de bienestar, salud y estilo de vida saludable. Razón por la cual, la OMS promovió, en el 2002, el programa “Por tu salud, muévete” como parte del cumplimiento de los objetivos del milenio(29).

Desde la perspectiva del resultado, la actividad física representa el puente para conseguir salud, siendo medida a través de: la intensidad, el tiempo, la frecuencia y el tipo de actividad que se realiza. Sin embargo, al considerar el proceso, no sólo representa valores numéricos sino también la experiencia personal y sociocultural, dando mayor valor al bienestar de las personas (30).

Recreación y tiempo libre

Salazar(31) lo define como el “conjunto de actividades agradables en las cuales se participa durante el tiempo libre y que fomentan el uso positivo de éste para promover el desarrollo integral de las personas. Este desarrollo integral se alcanza por medio de experiencias significativas de educación no formal, el disfrute de o el gozo por lo que se hace, la selección de actividades que agradan y la participación voluntaria en lo que se desea realizar”. Cabe resaltar, que este tiempo no está provisto de deberes, sino de actividades ajenas a lo cotidiano que enriquecen al ser humano, proveyéndolo de satisfacción y descanso(32)

La finalidad de la recreación se sustenta en los beneficios biopsicosociales que permiten el desarrollo integral de las personas, familias y grupos sociales. Asimismo, las actividades recreativas que se realizan al aire libre involucran un cierto nivel de actividad física, que promueven el bienestar en general(33).

Sin embargo, no debe creerse que la recreación es sólo juegos, deportes, viajes o fiestas, sino también, un medio para prevenir actividades y actitudes

negativas nocivas para la salud. En tal caso, habría que resaltar, que la actividad física reduce el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares, mejora el control del sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitas tipo II y el cáncer de colón (34).

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Diversos autores coinciden que, la exposición temprana a drogas, es un predictor significativo para el desarrollo de problemas de salud, siendo el tabaco una de las drogas de entrada más frecuentemente utilizadas en nuestro medio y que predispone al sujeto al consumo de sustancias más peligrosas. Además, influye en la personalidad, la situación social y el medio ambiente cultural, por tanto, las intervenciones sanitarias deben ir enfocadas a las causas del problema (35).

Cabe resaltar, que el consumo de alcohol está relacionado con la aparición de diferentes enfermedades como la cirrosis hepática, o determinados tipos de cáncer e incluso la fractura de cadera en los ancianos. De igual manera, el consumo de tabaco, es la principal causa de morbi-mortalidad prevenible y está asociada con la aparición de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Cabe resaltar, que el efecto nocivo para la salud, de estos 2 agentes, depende de la cantidad y frecuencia, que modifican la capacidad física, mental y el comportamiento del individuo (36).

Por último, el consumo de drogas tiene efectos a corto y largo plazo, desde cambios en el estado de ánimo, pérdida de apetito, cambios en los hábitos de sueño y vigilia, daños pulmonares, cerebrales y de otros órganos, y pueden ocasionar la muerte (37).

Sueño

Según Medina, Feria y Oscoz (38) dormir “es un fenómeno necesario para la supervivencia, que ocurre rítmicamente a diario y que se inicia en la noche cuando la glándula pineal libera melatonina en el cerebro, una hormona que actúa como marcador del tiempo para dormir”. En consecuencia, diversos estudios han coincidido, que la pérdida de 3-5 horas de sueño de manera progresiva, influye negativamente en el estado de salud, el rendimiento y el humor (39).

Por otro lado, se ha relacionado el sueño inadecuado con alteraciones endocrinas y metabólicas, referidas a una alteración del metabolismo de la glucosa y a una desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, predisponiendo a las personas a un mayor riesgo de resistencia a la insulina, obesidad e hipertensión. Es así que, las perturbaciones del sueño más frecuentes en la actualidad son: la somnolencia y el cansancio, el insomnio y los trastornos del ritmo de los ciclos del sueño-vigilia (40).

Un buen sueño permite la reducción de la presión arterial, frecuencia cardíaca, tono simpático y disminución de la resistencia vascular, asegurando la perfusión adecuada de los órganos vitales. Del mismo modo, favorece al sistema inmune y endocrino (41).

Alimentación saludable

Los hábitos de alimentación saludables, definen la salud de las personas, su crecimiento y su desarrollo. La alimentación diaria de cada individuo debe contener una cantidad suficiente de los diferentes macro nutrientes y micronutrientes para cubrir la mayoría de las necesidades fisiológicas. Éstas se hallan influenciadas por numerosos factores, como el sexo, la edad, el estado fisiológico (el embarazo, la lactancia y el crecimiento), la composición corporal, la actividad física y las características específicas de cada individuo (42).

Números estudios, demuestran la relacionan entre la dieta equilibrada y la salud, considerándola un factor protector en la prevención de enfermedades no transmisibles. Es así que, un alto consumo de pescado, frutas y verduras y alimentos ricos en fibra está asociado con una mejor salud auto-percibida (43).

La alimentación saludable debe reunir las siguientes características (44):

1. Ser variada: no existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro organismo. Alguna evidencia sugiere que en una semana se necesitan al menos entre 20 y 30 tipos de alimentos diferentes, sobre todo de origen vegetal, para que la dieta sea saludable. En consecuencia, la falta de variedad dietética es un problema grave en poblaciones pobres y en vías de

desarrollo, donde la dieta se fundamenta en el consumo de almidones, no suele incluir productos animales y sólo estacionalmente frutas y verduras.

2. Ser equilibrada y adecuada: las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria, de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares.

3. Ser saludable: la alimentación sana incluye los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación, junto con las características de un estilo de vida saludable. Una alimentación saludable es aquella que permite: a) el crecimiento y el desarrollo del niño; b) el mantenimiento de la salud, la actividad y la creatividad del adulto, y c) la supervivencia y la comodidad en el anciano (45).

Autocuidado

El autocuidado se define como “la práctica de actividades que las personas pueden hacer como arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla, ya que todas las personas en un momento determinado necesitan de autocuidados, es decir demandan cuidados terapéuticos”(46). Asimismo, la OMS lo define como “todo aquello que las personas hacen por sí mismas para conservar sus condiciones de salud, cuyo propósito es el de promocionar la vida y el bienestar de los seres humanos” (47).

Por tal motivo, el autocuidado está vinculado a múltiples factores, entre los que se encuentran los conocimientos, el tiempo, los recursos económicos y la afiliación al sistema general de seguridad social, puesto que el autocuidado de la salud no es un lujo, sino un requisito para el alcance de las metas personales. La satisfacción que se tenga con el estilo de vida puede ser un estímulo o motivación para el autocuidado, en la medida en que le permite a la persona valorar los beneficios o no de sus conductas(48).

Por último, al hablar de autocuidado hay que considerar la autopercepción de la salud. Si bien en la literatura científica se encuentran estudios que muestran su relación con indicadores como morbilidad, mortalidad, consumo de medicamentos, accidentabilidad laboral, utilización de servicios sanitarios, salud

mental o capacidad funcional, entre otros, es de especial interés la relación que encuentran algunos autores entre la salud percibida y los estilos de vida(43).

2.2. Diabetes Mellitus tipo 2

La denominación de diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultante de defectos en la secreción o en la acción de la insulina o de ambos mecanismos. Asimismo, es una de las enfermedades con mayor impacto socio-sanitario, dada su elevada prevalencia, su morbilidad por complicaciones crónicas y la alta mortalidad del proceso que afectan a la salud y el bienestar social de las personas que la padecen (49).

El riesgo de desarrollar esa enfermedad crece entre las personas sedentarias, con sobrepeso, obesidad central, hipertensión arterial, glucosa plasmática en ayunas $\geq 100\text{mg/dl}$, hábitos alimentares inadecuados, edad avanzada y, además, con histórico familiar de diabetes, considerado factor de riesgo no modificable (50).

Aunque los factores genéticos de riesgo de diabetes aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables, los factores ambientales juegan un papel importante en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad y son susceptibles de prevención y control, fundamentalmente con cambios en los estilos de vida. Medidas como modificaciones en el consumo de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal, son acciones de salud costo efectivas de elevado impacto por sus beneficios, que pueden implementarse en la atención de salud (51). El conocimiento de dichos factores es la clave para su prevención y tratamiento. En consecuencia, se hace necesario identificar cuáles de estos es el más importante.

Figura 1: Criterios para el diagnóstico de diabetes

Glucosa en Ayunas: $\geq 126\text{ mg/dL}$ (7.0 mmol/L) El ayuno se define como la ingesta de calorías durante al menos 8 h.*
O

Test de Tolerancia Oral a la Glucosa: ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L). La prueba debe realizarse como lo describe la OMS, utilizando una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.*
O
Hemoglobina Glicosilada (A1C): $\geq 6.5\%$ (48 mmol/mol). La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método que esté certificado y estandarizado por NGSP al ensayo DCCT.
O
En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia, una glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg / dL (11.1 mmol / L).
* En ausencia de una hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico requiere dos resultados de prueba anormales de la misma muestra o en dos muestras de prueba separadas.

Fuente: American Diabetes Association, Diabetes Care Volume 42, Supplement 1, January 2019

3. Definición de términos

Estilo de vida: La OMS(24) lo define como “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”

Diabetes Mellitus tipo 2: Melorose, Perroy y Careas (20) lo definen como “La diabetes mellitus se define como una enfermedad endocrino-metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica y alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; puede deberse a una deficiencia en la secreción de insulina, resistencia a la acción de ésta, o una combinación de ambas”.

Adulto mayor: Varela (52) lo define como “personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)”.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODO

1. Diseño y tipo de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal (53).

2. Delimitación geográfica

El Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, pertenece al distrito de Lurigancho-Chosica, provincia de Lima, situada en la parte oriental de la misma, en la cuenca media del río Rímac. Limita por el norte y este con el distrito de Chaclacayo, por el sur con Ate, y por el Oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho.

3. Participantes

3.1. Población

El Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, cuenta con una población de aproximadamente 649 habitantes.

3.2. Muestra

El tipo de muestreo que se aplicó fue probabilístico, es decir, todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos y de tipo sistemático, se escogió un individuo inicial de forma aleatoria entre la población y, a continuación, se seleccionó para la muestra a cada enésimo individuo disponible en el marco muestral (54).

Se aplicó la siguiente fórmula para obtención de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

N Total de la población
 Z Nivel de confianza
 σ Desviación estándar
 e Porcentaje de error

$$n = \frac{649(1,96)^2 (0,5)^2}{(649-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5)^2}$$

$$n = 241,5$$

La muestra para este trabajo de investigación estuvo conformada por 249 personas.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

- Personas mayores a 18 años
- Personas que vivan en el A.H. San Francisco de Ñaña

Exclusión

- Personas que estén diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 o 2.
- Personas que se encuentren de visita.

4. Variable

4.1. Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estilo de vida	La OMS(24) lo define como "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de	La medición de los estilos de vida se realizó mediante el cuestionario creado por Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares	Condición, actividad física y deporte.	1. Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos, por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.	Ordinal Siempre (3) Frecuente mente (2) Algunas veces (1) Nunca (0)

	<p>conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.</p>	<p>(2014) en Lima-Perú.</p> <p>La escala de puntuación fue:</p> <p>No saludable: 0 - 36 puntos</p> <p>Poco saludable: 37 - 72 puntos</p> <p>Saludable: 73 - 108 puntos</p> <p>Muy saludable: 109 - 144 puntos</p>	<p>Recreación y manejo del tiempo libre.</p> <p>Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</p> <p>Sueño</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio. 3. Mantienes tu peso corporal estable. 4. Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza). 5. Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile) 6. Incluyes momentos de descanso en su rutina diaria. 7. Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre. 8. En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música. 9. Destinas parte de tu tiempo libre para actividades académicas o laborales. 10. ¿Ves televisión 3 o más horas al día? 11. ¿Fumas cigarrillo o tabaco? 12. ¿Prohíbes que fumen en su presencia? 13. ¿Consumes licor al menos dos veces a la semana? 14. ¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida? 15. ¿Dices “NO” a todo tipo de droga? 16. ¿Consumes más de 3 tazas de café al día? 17. ¿Duermes al menos 7 horas diarias? 18. ¿Trasnochas? 19. ¿Duermes bien y se levanta descansado? 20. ¿Te es difícil conciliar el sueño? 	
--	--	---	---	---	--

			Hábitos alimenticios	<p>21. ¿Tienes sueño durante el día?</p> <p>22. ¿Tomas pastillas para dormir?</p> <p>23. ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?</p> <p>24. ¿Añades sal a las comidas en la mesa?</p> <p>25. ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?</p> <p>26. ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?</p> <p>27. ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?</p> <p>28. ¿Acostumbas comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?</p> <p>29. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?</p> <p>30. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?</p> <p>31. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?</p> <p>32. ¿Consumes embutidos (jamonada, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?</p> <p>33. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?</p> <p>34. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?</p> <p>35. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?</p> <p>36. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?</p> <p>37. ¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.</p> <p>38. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos</p>	
--	--	--	----------------------	--	--

			Autocuidado y cuidado médico	<p>al horno, al vapor, a la parrilla?</p> <p>39. ¿Desayunas todos los días?</p> <p>40. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc?</p> <p>41. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.</p> <p>42. Vas al médico por lo menos una vez al año.</p> <p>43. Cuando te expones al sol, usas protector solar.</p> <p>44. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.</p> <p>45. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.</p> <p>46. Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.</p> <p>47. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.</p> <p>48. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad</p>	
Riesgo de DM tipos 2	Melrose, Perroy y Careas (20) lo definen como "La diabetes mellitus se define como una enfermedad endocrino-metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica y alteraciones en	La medición del riesgo de DM tipo 2 se midió mediante el Test de Findrisk, elaborado por Thoumiletto y colaboradores en Finlandia y replicado por Llañez, Alor, Paredes, Darío y Alor en Huacho-Perú. La escala final de medición fue:		<p>1. Edad</p> <p>2. Índice de masa corporal</p>	<p>a) Menos de 35 años</p> <p>b) De 35 a 44 años</p> <p>c) De 45 a 54 años</p> <p>d) De 55 a 64 años</p> <p>e) Mayor de 64 años</p> <p>a) Menos de 25</p> <p>b) Entre 25 y 30</p> <p>c) Más de 30</p> <p>Hombres</p>

	<p>el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; puede deberse a una deficiencia en la secreción de Insulina, resistencia a la acción de ésta, o una combinación de ambas”.</p>	<p>Muy bajo riesgo: menor a 7 puntos Bajo riesgo: 37 - 11 puntos Moderado riesgo: 12 - 14 puntos Alto riesgo: 15 - 20 puntos Muy alto riesgo: mayor a 20 puntos</p>		<p>3. Circunferencia abdominal</p> <p>4. Actividad física diaria</p> <p>5. Consumo de vegetales y/o frutas</p> <p>6. Consumo de medicación antihipertensiva</p> <p>7. Hiperglicemia encontrada en examen de laboratorio</p> <p>8. Antecedentes familiares de diabetes</p>	<p>a) Menos de 94 cm. b) Entre 94 - 102 cm. c) Más de 102 cm.</p> <p>Mujeres</p> <p>a) Menos de 80 cm. b) Entre 80 - 88 cm. c) Más de 88 cm.</p> <p>a) Sí b) No</p> <p>a) Diariamente b) No diariamente</p> <p>a) Sí b) No</p> <p>a) Sí b) No</p> <p>a) No b) Sí, en mis parientes: abuelos, tíos y primos</p> <p>c) Sí, en mi familia directa: padres, hijos, hermanos</p>
--	--	---	--	---	--

5. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se aplicó el cuestionario de Estilos de Vida Saludables elaborado por Salazar y Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú (55). Por tanto, el instrumento cuenta con una validez de 1 a partir de la prueba V de Aiken y una confiabilidad de 0,873 a través de la prueba Alpha de Cronbach.

El cuestionario consta de un total de 48 preguntas, y está dividido en 6 dimensiones: Condición, Actividad Física y Deporte (4 preguntas), Recreación y Manejo del Tiempo Libre (6 preguntas), Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (6 preguntas), Sueño (6 preguntas), Hábitos Alimenticios (18 preguntas), Autocuidado y Cuidado Médico (8 preguntas). Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert (Nunca: 0, Algunas Veces: 1, Frecuentemente: 2 y Siempre: 3).

La calificación considerada para evaluar el estilo de vida saludable fue:

- No saludable: 0 - 36 puntos
- Poco saludable: 37 - 72 puntos
- Saludable: 73 - 108 puntos
- Muy saludable: 109 - 144 puntos

Por otro lado, para medir la variable riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 se empleó el Test de Findrisk, elaborado por Thoumiletto y colaboradores en Finlandia y replicado por Llañez, Alor, Paredes, Darío y Alor (19) (2017) en Huacho-Perú. Dicho instrumento contó con una confiabilidad de 0,889 a partir de la prueba Alpha de Cronbach.

El Test está constituido por edad, índice de masa corporal, perímetro de la circunferencia abdominal, consumo diario de vegetales y frutas, actividad física, medicación antihipertensiva, antecedentes personales de hiperglucemia (prediabetes) y antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2. Las escalas de respuesta son de opción múltiple.

La calificación considerada para evaluar el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 fue:

- Muy bajo riesgo: menor a 7 puntos
- Bajo riesgo: 7 - 11 puntos
- Moderado riesgo: 12 - 14 puntos
- Alto riesgo: 15 - 20 puntos
- Muy alto riesgo: mayor a 20 puntos

6. Proceso de recolección de datos

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida al Dirigente del A.H San Francisco de Ñaña, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Para la aplicación del instrumento, se tomó 20 min por persona, ya que fueron pesados y tallados para el cálculo del IMC, se midió la circunferencia abdominal mediante una cinta métrica y la respuesta de las preguntas del cuestionario. El recojo de información se llevó a cabo durante el mes de febrero del 2019. Todo esto previa aprobación del consentimiento informado.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico STATISTIC, Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis de datos descriptivos se utilizó tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Dependiendo del p-valor de la prueba, se ha optado por una prueba no probabilística (Tau b Kendall).

8. Consideraciones éticas

Para realizar el estudio se consideró los debidos principios éticos, respetándose la autonomía de los participantes.

De acuerdo con la Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró y entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicó el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; así mismo, se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Resultados

Tabla 1. Estilo de vida de los adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019.

Estilo de vida	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable	
	n	%	n	%	n	%	n	%
General	14	5,6	63	25,3	156	62,7	16	6,4
Condición, actividad física y deporte	5	2,0	35	14,1	153	61,4	56	22,5
Recreación y manejo del tiempo libre	7	2,8	38	15,3	121	48,6	83	33,3
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	1	0,4	8	3,2	57	22,9	183	73,5
Sueño	13	5,2	101	40,6	120	48,2	15	6,0
Hábitos alimenticios	10	4,0	97	39,0	125	50,2	17	6,8
Autocuidado y cuidado médico	11	4,4	36	14,5	113	45,4	89	35,7

En la tabla 1 se observa que, a nivel general, el 62,7% de los adultos evidenciaron un estilo de vida poco saludable, el 25,3% saludable, el 6,4% no saludable y solo el 5,6% muy saludable. Asimismo, al análisis de las dimensiones, el 61,4% mostró ser poco saludable en la condición, actividad física y el deporte. De igual manera, el 48,6% fue poco saludable en la recreación y manejo del tiempo libre; el 73,5% fue no saludable en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; el 48,2% fue poco saludable en su sueño; el 50,2% estuvo poco saludable en sus hábitos alimenticios y el 45,4% fue poco saludable en el autocuidado y cuidado médico.

Tabla 2. Riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019

Test de Findrisk	n	%
Nivel de riesgo bajo	52	20,9
Nivel de riesgo ligeramente elevado	102	41,0
Nivel de riesgo moderado	60	24,1
Nivel de riesgo alto	34	13,7
Nivel de riesgo muy alto	1	0,4
Total	249	100,0

En la tabla 2 se observa que, el 41% de los adultos presentaron un riesgo ligeramente elevado para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2, el 24,1% tuvo un riesgo moderado, el 20,9% tuvo un riesgo bajo, el 13,7% un riesgo alto y solo el 0,4% un riesgo muy alto.

Tabla 3. Resultados del Test de Findrisk en los adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019

Test de Findrisk	Escala	n	%
Edad	Menor a 35 años	89	35,7
	35 a 44 años	44	17,7
	45 a 54 años	54	21,7
	55-64 años	46	18,5
	Mayor a 64 años	16	6,4
Sexo	Femenino	148	59,4
	Masculino	101	40,6
IMC	Menor de 25	51	20,5
	De 25 a 30	125	50,2
	Mayor a 30	73	29,3
Circunferencia abdominal (masculino)	<94 cm	23	22,8
	94-102 cm	44	43,6
	>102 cm	34	33,7
Circunferencia abdominal (femenino)	<94 cm	16	10,8
	94-102 cm	67	45,3
	>102 cm	65	43,9
Actividad física	Si	87	34,9
	No	162	65,1
Consumo de frutas y verduras	Si	141	56,6
	No	108	43,4
Medicación para la HTA	Si	108	43,4
	No	141	56,6
Hiperglicemia	Si	32	12,9
	No	217	87,1
Antecedente familiar	No	133	53,4
	Si, en parientes	75	30,1
	Familia directa	41	16,5

En la tabla 3 se observa que, el 35,7% de la población tuvo una edad menor a 35 años y el 59,4% fueron de sexo femenino. De igual manera, el 50,2% presentaron un IMC de 25 a 30, el 43,6% de los varones tuvieron una circunferencia abdominal de 90 a 102 cm y el 33,7% mayor a 102 cm. Asimismo,

el 45,3% de las mujeres registraron una circunferencia abdominal entre 90 y 102 cm y el 43,9% mayor a 102 cm.

Por otro lado, el 65,1% manifestaron no realizar actividad física, el 56,6% si consumen frutas y verdura, el 56,6% no toma medicación para la Hipertensión Arterial, el 87,1% no han tenido hiperglicemia alguna vez y el 53,4% no tuvieron antecedentes familiares de la enfermedad.

Tabla 4. Relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en los adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019

Prueba Tau b de Kendall	Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2		
	Coefficiente de correlación	Sig.	N
Estilo de vida	0,226	0,0001	249
Condición, actividad física y deporte	0,131	0,019	249
Recreación y manejo del tiempo libre	0,157	0,005	249
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	0,036	0,531	249
Sueño	0,165	0,003	249
Hábitos alimenticios	0,145	0,010	249
Autocuidado y cuidado médico	0,159	0,004	249

En la tabla 4 se observa que, a partir de la prueba estadística Tau b de Kendall, se halló un p-valor de 0,0001 para la variable estilo de vida y el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2. Al ser un valor menor a 0,05, se acepta la H_a y se rechaza la H_o , demostrando que existe relación entre ambas variables.

Dentro de la misma lógica, se encontró un p-valor menor a 0,05, en las dimensiones: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; sueño; hábitos alimenticios y autocuidado y cuidado médico. Por lo tanto, se acepta la H_a y se rechaza la H_o , demostrando que existe relación entre las dimensiones mencionadas y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, para la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se obtuvo un p-valor de 0,531. Al ser mayor a 0,05, se acepta la H_o y se rechaza la H_a , evidenciando que no existe relación entre esta dimensión y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2.

2. Discusión

Lograr una longevidad satisfactoria motiva a la reflexión no solo de la población de todas las edades, sino también de los profesionales de la salud. La esperanza de vida está condicionada en un 25% por los genes; pero el 75% restante depende de los factores reconocidos bajo el concepto estilo de vida. En los últimos años la esperanza de vida ha llegado a unos límites extraordinarios, por esta razón los esfuerzos de la salud pública están ahora concentrados en mejorar la calidad de vida de las personas promoviendo estilos saludables de vida (57).

La investigación encontró que, el 62,7% de los adultos practican un estilo de vida poco saludable, el 25,3% saludable, el 6,4% no saludable y solo el 5,6% muy saludable (Ver tabla 1). Resultados similares reportó Palomares (58) , en Lima-Perú, donde el 72,6% de los profesionales de la salud presentaron un estilo de vida poco saludable, el 24,5% saludable y el 2,8% muy saludable. Por el contrario, Alvarez y Bermeo (59), en Cuenca-Ecuador, encontraron que el 1,4% de los adultos con diabetes mellitus practicaban un estilo de vida poco saludable, el 57,2% saludable y el 41,4% muy saludable. Del mismo modo, Zambrano (60), en Santafé-Colombia, halló que el 70% de los pobladores de una comunidad rural evidenciaron un estilo de vida bueno, el 21,4% regular, el 5,7% excelente y solo el 2,9% malo.

Los estilos de vida determinan la forma cómo se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud – enfermedad. Son patrones de comportamiento que presentan una relativa permanencia en el tiempo y están influenciados por factores internos como los pensamientos, emociones,

conocimientos, habilidades y actitudes; y los externos como las condiciones familiares, sociales, culturas y medioambientales. Asimismo, manifiesta una determinada cultura en una comunidad, familia o individuo, que tiene una forma de vida en particular, de acuerdo a sus conocimientos, sus necesidades y sus posibilidades económicas (61).

Sin embargo, a pesar de que existe mucha información y evidencia de los efectos positivos de los hábitos saludables, muchas personas aún no deciden iniciar un cambio, o cuando deciden hacerlo les cuesta permanecer en éste. Es común encontrar a diario personas que mantienen comportamientos perjudiciales para su salud, los cuales son factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas (62).

Asimismo, al análisis de las dimensiones, el 61,4% mostró ser poco saludable en la condición, actividad física y el deporte, el 48,6% poco saludable en la recreación y manejo del tiempo libre; el 73,5% no saludable en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; el 48,2% poco saludable en su sueño; el 50,2% poco saludable en sus hábitos alimenticios y el 45,4% poco saludable en el autocuidado y cuidado médico (Ver tabla 1). De forma similar, Cabezas (63), en Ica-Perú, demostró que los estilos de vida practicados en la dimensión actividad física fueron medianamente favorables en el 64% de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2; En la alimentación el 64% también se mostraron medianamente favorables, en la salud física el 54% demostraron ser favorables y el 30% medianamente favorables. En torno a los hábitos nocivos, el 46% fueron medianamente favorables y el 24% desfavorables.

En torno a esto, podemos afirmar que el estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas y cigarrillos, así como el manejo de la sexualidad. De esta forma, el ambiente social, físico, cultural, y aspectos económicos impactan la vida de las personas, por lo que la salud puede verse afectada por el estilo y condiciones de vida. Así también, un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de la persona (64).

Seguidamente, el estudio encontró que el 41% de los adultos presentaron un riesgo ligeramente elevado para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2, el 24,1% tuvo un riesgo moderado, el 20,9% tuvo un riesgo bajo, el 13,7% un riesgo alto y solo el 0,4% un riesgo muy alto (Ver tabla 2). Asimismo, Rodríguez (65) en Loja-Ecuador demostró que el 41,38% de los pobladores atendidos en un puesto salud, presentaron un riesgo bajo, el 33,62% muy bajo, el 12,93% moderado, el 11,20% alto y el 0,87% muy alto. De manera similar, Balcázar (66), en el mismo país, encontró que el 42,2% presentaron un riesgo bajo, el 32,5% un riesgo ligeramente elevado, el 14% moderado, 10,8% alto y 0,5% muy alto.

En la comprobación de la hipótesis de estudio, se encontró que existe relación entre el estilo de vida y el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 con un p-valor de 0,0001. Resultados parecidos reportó Paredes en Huánuco-Perú, donde la mayoría de pacientes que tuvieron un estilo de vida no saludable presentaron Diabetes Mellitus Tipo 2 con un p-valor de 0,027. Del mismo modo, solo se halló relación entre las dimensiones actividad física, hábitos nocivos, información sobre diabetes, estado emocional y adherencia terapéutica con un p-valor de 0,0001.

El desarrollo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 está condicionado por factores genéticos y ambientales, aceptándose que la enfermedad solo se desarrolla en personas con predisposición genética. En estas personas, la probabilidad de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 es muy alta cuando presentan sobrepeso/obesidad o se exponen a estilos de vida no saludables, tales como alimentación no balanceada e inactividad física. Dado que actualmente no podemos modificar los genes, la forma más efectiva de prevenir la Diabetes Mellitus Tipo 2 y sus complicaciones es modificar los factores de riesgo vinculados con el estilo de vida no saludable. Cabe resaltar, que las complicaciones de la enfermedad propiamente dicha, comienzan desde la etapa de prediabetes. Por lo tanto, implementar intervenciones preventivas en personas que se encuentren en riesgo permitirá disminuir el desarrollo y la progresión de las complicaciones micro y macrovasculares (67,68).

Diversos estudios han demostrado categóricamente que intervenciones que promueven la adopción de estilos de vida saludables reducen hasta un 58% el desarrollo de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de alto riesgo. También han demostrado que estas intervenciones intensificadas son altamente costo-efectivas comparadas con simples recomendaciones estándar (69).

La investigación también encontró un p-valor menor a 0,05, en las dimensiones: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; sueño; hábitos alimenticios y autocuidado y cuidado médico; evidenciando su relación con el estilo de vida. Sin embargo, para la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se obtuvo un p-valor de 0,531, no existiendo relación entre esta dimensión y el estilo de vida (Ver tabla 4). De igual manera, Sevillano (70) en Cajamarca-Perú, encontró que los factores

modificables para el desarrollo de Diabetes Mellitus Tipo 2 fueron los hábitos alimentarios con un p-valor de 0,011; el sedentarismo con un p-valor de 0,019; y el sobrepeso y la obesidad con un p-valor de 0,020.

La fundación para diabetes (71) menciona que la mejor manera de prevenir el desarrollo de la diabetes es instaurándose programas que tengan como objetivo perder un 7 % del peso corporal y practicar ejercicio físico de manera habitual, al menos 150 minutos por semana. Asimismo, hay que limitar el consumo de grasa y que ésta provenga básicamente de la grasa monoinsaturada (aceite de oliva, frutos secos, aguacate). En cuanto a los hidratos de carbono, su fuente principal debieran ser las verduras, las hortalizas, legumbres, cereales integrales y derivados lácteos. Por lo tanto, el contenido de fibra de la dieta debiera ser menor de 14 gramos por cada 1000 kcalorías consumidas. Otro punto importante, es la actividad física, ya que ninguna otra estrategia ha logrado superar su efectividad, siempre y cuando la actividad sea de una intensidad al menos moderada y se practique la mayoría de los días de la semana hasta alcanzar al menos 150 minutos por semana.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- Existe relación entre el estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en los adultos del A.H. San Francisco con un p-valor de 0,0001.
- El 62,7% de los adultos evidenciaron un estilo de vida poco saludable, el 25,3% saludable, el 6,4% no saludable y solo el 5,6% muy saludable.
- El 41% de los adultos presentaron un riesgo ligeramente elevado para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2, el 24,1% tuvo un riesgo moderado, el 20,9% tuvo un riesgo bajo, el 13,7% un riesgo alto y solo el 0,4% un riesgo muy alto.
- El 35,7% de la población tuvo una edad menor a 35 años y el 59,4% fueron de sexo femenino. De igual manera, el 50,2% presentaron un IMC de 25 a 30, el 43,6% de los varones tuvieron una circunferencia abdominal de 90 a 102 cm y el 33,7% mayor a 102 cm. Asimismo, el 45,3% de las mujeres registraron una circunferencia abdominal entre 90 y 102 cm y el 43,9% mayor a 102 cm. Por otro lado, el 65,1% manifestaron no realizar actividad física, el 56,6% si consumen frutas y verdura, el 56,6% no toma medicación para la Hipertensión Arterial, el 87,1% no han tenido hiperglicemia alguna vez y el 53,4% no tuvieron antecedentes familiares de la enfermedad.
- Existe relación entre las dimensiones: condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; sueño; hábitos alimenticios

y autocuidado y cuidado médico; y el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 con un p-valor menor a 0,05.

- No existe relación entre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y el estilo de vida con un p-valor de 0,531.
- Los resultados obtenidos muestran que la hipótesis alternativa rechaza la hipótesis nula en la mayoría de dimensiones excepto en la dimensión de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, esto puede explicarse por qué en algunos casos la información obtenida es de carácter descriptivo y debe analizarse según el punto de vista de la estadística descriptiva en cambio nosotros al valorar el estudio bajo la prueba no proporcional de Tau B kendall, encontramos según estadística inferencial probar nuestra hipótesis, que no se encuentra relación, siendo el P-valor de 0,531; esto podría modificarse en un futuro realizando nuevas investigaciones o actualizaciones anuales de parte del P.S. La Era así mismo con la incentivación de actividades extramurales mediante instrumentos con mayor tipo de preguntas orientadas hacia esta dimensión, o acogiendo mayor población, de esta manera se podría obtener un análisis inferencial donde se encuentre relación entre el estilo de vida y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

2. Recomendaciones

Se recomienda al P.S de La Era, promover la práctica de estilos de vida saludable a través de campañas de concientización, en los pobladores que se encuentren bajo su jurisdicción, como el A.H San Francisco.

Al personal de salud se recomienda reforzar la laboral extramural, para la detección precoz de factores de riesgo que puedan ayudar a desarrollar la Diabetes Mellitus Tipo 2. Así también, motivarles a realizar visitas domiciliarias dando charlas educativas que promuevan los estilos de vida saludables.

A la UPeU, a realizar programas de intervención en la zona de estudio ya que no ha sido sujeto de estudio en ninguna investigación previa.

A los alumnos de Medicina Humana, fomentar el interés por el campo comunitario para la prevención de enfermedades no transmisibles en poblaciones vulnerables.

Referencias

1. Reyes F, Pérez M, Alfonso E, Ramírez M, Jiménez Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*. 2016;20(1):98–121.
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. WHO. 2018.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, editor. *PLoS Med*. 2006 Nov;3(11):e442.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín Epidemiológico*. 2001.
5. Agudelo M, Dávila C. Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gac Sanit*. 2015 May;29(3):172–7.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Perú; 2013.
7. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015 Oct;3(1):e000110.
8. Velasco B, Brena V. Diabetes Mellitus Tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud. *Salud y Adm*. 2014;1(2):11–6.
9. Urbán B, Coghlan J, Castañeda O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. *Atención Fam*. 2015 Jul;22(3):68–71.
10. White E. *Spiritual Gifts*. 4th ed. Washington, D.C: Review and Herald; 1945. 120-151 p.
11. Saltos M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Cienc UNEMI*, . 2012;5(7):8–19.
12. Wagner R, Freire J, Zanetti ML, Almeida PC De, Maria M, Damasceno C. Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students : association

- with sociodemographic variables 1. 2014;22(3):484–90.
13. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cybertesis UNMSM; 2014.
 14. Ignacio C, Nieto R, David J, Pérez M, Freire LM, Rafael K, et al. Prevalencia de síndrome metabólico y factores de riesgo asociados en jóvenes universitarios ecuatorianos. 2015;31(4):1574–81.
 15. Kaizu S, Kishimoto H, Iwase M, Fujii H, Ohkuma T, Ide H, et al. Impact of Leisure-Time Physical Activity on Glycemic Control and Cardiovascular Risk Factors in Japanese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus : The Fukuoka Diabetes Registry. 2014;9(6).
 16. C. Hao, C. Zhang, W. Chen ZS. Prevalence and risk factors of diabetes and impaired fasting glucose among university applicants in Eastern China: findings from a population-based study. *Diabet Med.* 2014;31(10):1194–8.
 17. M. Hernández Ruiz de Eguilaz. Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *Anales Sist Sanit Navar.* 2016;39(2):269–89.
 18. Mamani F, Cusipaucar G, Scherman J, De La Cruz J. Medicina de estilo de vida y riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus en personal de la Clínica Good Hope, Lima-Perú, 2017. *Rev la Fac Med Humana.* 2018 Jan;18(1).
 19. Llañez S, Alor I, Paredes G, Darío V, Alor M. Test de Findrisk y predicción de diabetes mellitus tipo dos, en alumnos de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión- 2017. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2017.
 20. Rodríguez J. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el Test de FINDRISK en las personas de acuden a Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo. Universidad Nacional de Loja; 2017.
 21. Rico Sánchez R. Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Enferm.* 2018;12(1):1–28.

22. Petermann F, Díaz X, Garrido Á, Leiva A, Martínez M, Salas C, et al. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y actividad física en personas con antecedentes familiares de diabetes. *Gac Sanit*. 2018 May;32(3):230–5.
23. Sadarangani KP, Oetinger A Von, Soto N, Martínez-gómez D. Leisure time physical activity is associated with better metabolic control in adults with type 1 and type 2 diabetes mellitus : A cross-sectional study from two public hospitals in Chile. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.01.009>
24. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. *Educere*. 2010;14(48).
25. Álvarez L. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(1):95–101.
26. Más M, Alberti L, Espeso N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas*. 2001;5(2):4–6.
27. Pedraz M. Estilo de vida saludable e ideología: dialéctica de la diferencia. Vol. 49, *Salud Pública de México*. Cuernavaca: Secretaría de Salubridad y Asistencia; 2007. p. 388–9.
28. Serón P, Muñoz S, Lanas F. Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. *Rev Med Chil*. 2010 Oct;138(10):1232–9.
29. Pérez B. Salud: entre la actividad física y el sedentarismo. *Venez Nutr*. 2014;27(1):119–28.
30. Pérez V, Devís J. La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y resultado. *Rev Int Med y Ciencias la Act Física y el Deport*. 2003;3(10):69–74.
31. Salazar C. Actividades recreativas y sus beneficios para personas Nicaraguenses residentes en Costa Rica. *Actual Investig en Educ*. 2010;10(1):1–40.
32. Shannen. Vida saludable: Actividades de ocio y recreación como aprovechamiento del tiempo libre en la población juvenil. Colombia; 2017.
33. Orozco R, Molina R. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor.

- InterSedes Rev las Sedes Reg. 2002;3(4):61–71.
34. Lemp M, Behn V. Utilización del tiempo libre de estudiantes del área de la salud de la I.E Santo Tomas, Talca. *Cienc y enfermería*. 2008;14(1):53–62.
 35. Salazar I, Arrivillaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psicol*. 2005;(13):74–89.
 36. Maldonado G, Banda O, Rivera P, Medrano R. Consumo de tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de CD. Victoria, TM. *Salud Publica Mex*. 2005 Jul;47(4).
 37. Gómez Z, Landeros P, Noa M, Martínez P. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. *Rev Salud Pública y Nutr*. 2017 Dec;16(4):1–9.
 38. Medina A, Feria D, Oscoz G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Glob*. 2009;(17):2–8.
 39. Benetó A. El sueño: una cuestión de salud pública. *Vigilia-Sueño*. 2003 Jul;15(2):114–8.
 40. Contreras A. Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2013 May;24(3):341–9.
 41. Montes C, Rueda P, Urteaga E, Aguilar R, Prospero O. De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *Rev Neurol*. 2006;43(7):409–15.
 42. Alimentación saludable [Internet]. [cited 2017 Mar 1]. Available from: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/alimentacion-saludable>
 43. Blázquez G, López J, Rabanales J, López J, Val C. Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria*. 2016 Oct;48(8):535–42.
 44. Calañas A, Bellido D, Bellido Guerrero Miembros del Grupo D, Álvarez J, Cabrerizo L, León M, et al. Bases científicas de una alimentación

- saludable. Rev Med Univ Navarra. 2006;50(4):7–14.
45. Calañas A. Alimentación saludable basada en la evidencia. Endocrinol y Nutr. 2005 May;52:8–24.
 46. Rojas J, Zubizarreta M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enferm. 2007;23(1).
 47. Hernández M. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. Rev Salud Bosque. 2015;5(2):79–88.
 48. Escobar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31:178–86.
 49. Mediavilla J. Medicina integral: medicina preventiva y asistencial en el medio rural. Med Integr. 1980 Jan;39(1):25–35.
 50. Soares A, Moura M, Freire R, De Almeida P, Coehlo M. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. Rev Latino-Am Enferm. 2014;22(3):484–90.
 51. Llorente Y, Soca P, Rivas D, Borrego Y. Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Rev Cuba Endocrinol. 1990;27(2).
 52. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016 Jun;33(2):199.
 53. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
 54. Cuesta M, Herrero FJ. Introduccion al muestreo. 2009;1–9.
 55. Palomares Estrada L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.
 56. Congreso de la República. Ley General de Salud - PERU. Igarss 2014. 1997;(1):1–5.
 57. Más M, Alberti L, Espeso N. Estilos saludables de vida y su relevancia en

- la salud del individuo. *Humanidades Médicas*. 2001;5(2):0–0.
58. Palomares L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.
 59. Alvarez T, Bermeo M. Estilo de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en la Fundación DONUM, Cuenca, 2015. [Cuenca-Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015.
 60. Zambrano R. Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
 61. Coral R, Vargas L. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *Actual Divulg Científica*. 2014;17(1):35–43.
 62. Quillas R, Vásquez C, Cuba M. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peru*. 2017;34(2):126–31.
 63. Cabezas M. Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo II y estilos de vida de los trabajadores del Hospital Santa María del Socorro. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
 64. Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Hernández Castañón MA. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enfermería Univ*. 2015 Oct;12(4):182–7.
 65. Rodríguez J. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el Test de FINDRISK en las personas que acuden a Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo. Universidad Nacional de Loja; 2017.
 66. Balcázar D. Valoración del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 a través del test de Findrisk en la población de las parroquias “El Sagrario” y “El Valle” de la cabecera cantonal del cantón Loja. Universidad Nacional de Loja; 2017.
 67. Urbán-Reyes BR, Coghlan-López JJ, Castañeda-Sánchez O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer

- nivel de atención. *Atención Fam.* 2015 Jul;22(3):68–71.
68. Ortiz-Contreras E, Baillet-Esquivel LE, Ponce-Rosas ER, Sánchez-Escobar LE, Santiago-Baena G, Landgrave-Ibáñez S. Frecuencia de “riesgo elevado de desarrollar diabetes” en pacientes de una clínica de medicina familiar. *Atención Fam.* 2013 Jul;20(3):77–80.
 69. Gagliardino JJ, Etchegoyen G, Bourgeois M, Fantuzzi G, García S, González L, et al. Prevención primaria de diabetes tipo 2 en Argentina: estudio piloto en la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2016 Oct;53(4):135–41.
 70. Sevillano F. Factores de riesgo asociados a la Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes adultos del Servicio de Medicina del Hospital Regional de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2017.
 71. Sánchez J, Pizarro C, Sánchez F. Estilo de vida y medicamentos para prevenir la diabetes. Fundación para la diabetes. 2018.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



Cuestionario Estilo de Vida Saludable

Muy buenos días, Sr (a), somos egresados de la UPeU y estamos realizando el trabajo de investigación “Estilo de vida y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del A.H. San Francisco de Ñaña, 2019”, para lo cual, estamos realizando una encuesta, que es anónima (no tiene que dar su nombre ni su dirección). Esperamos su más sincera colaboración.

Test de FINDRISK

1. Edad
 - Menos de 35 años
 - De 35 a 44 años
 - De 45 a 54 años
 - De 55 a 64 años
 - Mayor de 64 años
2. Índice de Masa Corporal
 - Menos de 25
 - Entre 25 y 30
 - Más de 30
3. Circunferencia Abdominal
 - Mujeres Más de 88 cm
 - Menos de 80 cm.
 - Entre 80 - 88 cm.
 - Más de 88 cm.
 - Hombres
 - Menos de 94 cm.
 - Entre 94 - 102 cm.
 - Más de 102 cm.
4. ¿Realiza actividad física por lo menos 30 min diarios?
 - Sí
 - No
5. ¿Con qué frecuencia come frutas y verduras?
 - Diariamente
 - No diariamente
6. ¿Le han recetado alguna vez medicamentos para la hipertensión?
 - Sí
 - No
7. ¿Le han detectado alguna vez, un nivel muy alto de glucosa (azúcar) en su sangre?
 - Sí
 - No
8. ¿Ha habido un diagnóstico de diabetes en, por lo menos, un miembro de su familia?
 - No
 - Sí, en mis parientes: abuelos, tíos y primos
 - Sí, en mi familia directa: padres, hijos, hermanos

Cuestionario Estilo de Vida

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.	0	1	2	3
2. Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.	0	1	2	3
3. Mantienes tu peso corporal estable.	0	1	2	3
4. Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza).	0	1	2	3
5. Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)	0	1	2	3
6. Incluyes momentos de descanso en su rutina diaria.	0	1	2	3
7. Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.	0	1	2	3
8. En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.	0	1	2	3
9. Destinas parte de tu tiempo libre para actividades académicas o laborales.	0	1	2	3
10. ¿Ves televisión 3 o más horas al día?	0	1	2	3
11. ¿Fumas cigarrillo o tabaco?	0	1	2	3
12. ¿Prohíbes que fumen en su presencia?	0	1	2	3
13. ¿Consumes licor al menos dos veces a la semana?	0	1	2	3
14. ¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	0	1	2	3
15. ¿Dices "NO" a todo tipo de droga?	0	1	2	3
16. ¿Consumes más de 3 tazas de café al día?	0	1	2	3
17. ¿Duermes al menos 7 horas diarias?	0	1	2	3
18. ¿Trasnochas?	0	1	2	3
19. ¿Duermes bien y se levanta descansado?	0	1	2	3
20. ¿Te es difícil conciliar el sueño?	0	1	2	3
21. ¿Tienes sueño durante el día?	0	1	2	3
22. ¿Tomas pastillas para dormir?	0	1	2	3
23. ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?	0	1	2	3

24. ¿Añades sal a las comidas en la mesa?	0-	1	2	3
25. ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?	0	1	2	3
26. ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?	0	1	2	3
27. ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?	0	1	2	3
28. ¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?	0	1	2	3
29. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?	0	1	2	3
30. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?	0	1	2	3
31. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?	0	1	2	3
32. ¿Consumes embutidos (jamón, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?	0	1	2	3
33. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?	0	1	2	3
34. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?	0	1	2	3
35. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?	0	1	2	3
36. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?	0	1	2	3
37. ¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.	0	1	2	3
38. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?	0	1	2	3
39. ¿Desayunas todos los días?	0	1	2	3
40. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc?	0	1	2	3
41. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.	0	1	2	3
42. Vas al médico por lo menos una vez al año.	0	1	2	3
43. Cuando te expones al sol, usas protector solar.	0	1	2	3
44. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.	0	1	2	3
45. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.	0	1	2	3
46. Te automedicas y/o acudes al farmacéutico en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	0	1	2	3
47. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.	0	1	2	3
48. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad	0	1	2	3

Anexo 2. Consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estilo de vida y riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano
San Francisco de Ñaña, 2019.

INTRODUCCIÓN:

Buenos días/tardes, nosotros somos, egresados de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito determinar la relación entre los estilos de vida y riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a miguelcalderon@upeu.edu.pe
clinton.ginez@gmail.com

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

Observación:

Cada participante de la investigación debe recibir una copia de este consentimiento.

CONSTANCIA DE REVISION LINGÜÍSTICA

Yo **Gladys Marlin Sosa Espinosa**, identificada con el número de **DNI 06956993**, Licenciada en Educación y Literatura, Maestría en Docencia Universitaria-Lingüística, Directora de Colegio Nacional José Carlos Mariategui -UGEL 04, realicé la revisión de la parte Lingüística de la tesis **“Estilo de vida y su relación con el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019.”** de los bachilleres **Misael Clinton Ginez Muñuico, Miguel Calderón Dávila**, identificado con el **DNI 70752720, 73002328** respectivamente.




Lic. Gladys M. Sosa Espinoza
LINGÜÍSTICA
Cod. Modular 1006956993

CONSTANCIA DE REVISION ESTADÍSTICA DE TESIS

Yo **Janett Virginia Chávez Sosa**, identificada con el número de DNI **46629577**, Licenciada en enfermería, Magister en gerencia de Salud y Especialista en estadística aplicada, realicé la revisión de la parte estadística de la tesis **“Estilo de vida y su relación con el riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019.”** de los bachilleres **Misael Clinton Ginez Muñico, Miguel Calderón Dávila**, identificado con el DNI **70752720, 73002328** respectivamente.




Lic. **Janett V. Chávez Sosa**
C.E.P. 066296
Docente de la UPeU
BIOESTADISTICA

Janett Virginia Chávez Sosa
46629577