

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela profesional de Enfermería.



TESIS

“Estilos de vida relacionado a enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana

Curahuasi 2021”

Presentado por:

Bach. REYNA, OCHOA CÁCERES

Para optar el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Abancay - Apurímac - Perú

2021

Tesis

“Estilos de vida relacionado a enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021”

Línea de investigación

Salud pública

Asesor

Mg: Rosa Evangelina Lizárraga Valer



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“ESTILOS DE VIDA RELACIONADO A ENFERMEDADES METABÓLICAS
FRECUENTES EN USUARIOS DIABÉTICOS DE LOS CONSULTORIOS
EXTERNOS DEL HOSPITAL DIOSPI SUYANA CURAHUASI 2021”**

Presentado por: Bach. **REYNA OCHOA CÁCERES**, para optar el título profesional
de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Sustentado y aprobado el 06 de mayo del 2022 ante el jurado:

Presidente :Mg. Juana Regina Serrano Utani

Primer miembro :Lic. Rómulo Contreras Merino

Segundo miembro :Mg. Betty Hurtado de Palomino

Asesor :Mg. Rosa Evangelina Lizárraga Valer

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis con todo mi amor a Dios quien me dio vida, salud, inspiración, conocimiento, bendición y por guiarme por el camino correcto, y porque nunca me ha abandonado gracias por permitir conocer excelentes profesores, así alcanzar mi meta como persona y como profesional.

A mi madre Mercedes Cáceres Calderón por darme la vida, y por estar junto a mí en las situaciones adversas y positivas de mi vida, sé que cuidarme para convertirme en la persona buena y humilde fue un arduo trabajo, gracias por todo ello.

A mi hijo Josué Argureth Pedraza Ochoa, hoy puedo afirmarle que estoy cerca a cumplir un gran objetivo trazado. Sus palabras motivadoras han sido fundamentales para atreverme a más y por ello adoro que sea mi hijo, gracias.

AGRADECIMIENTO

Para Dios este trabajo de investigación ha sido un regalo increíble que me dio y reconozco tu voluntad grandemente señor, tu disponibilidad en esta fase tan significativa de mi vida es imprescindible, por tu infinita voluntad se logra este este objetivo.

Agradezco a mi hijo Josué Argureth por su apoyo incondicional en todo momento, subí un escalón más de mi trayecto profesional, serviré de modelo en su vida de formación escolar, agradecerte por tu voluntad de crecer juntos.

Quiero agradecer de manera especial a la magister Rosa Lizárraga Valer, por confiar en mí, para realizar este trabajo, por haber sido muy paciente y haber sido esa persona que con sus directrices pudo explicarme aquellos detalles para culminar mi tesis gracias por sus enseñanzas.

A mis dictaminantes de tesis, Lic. Rubén Márquez Ticona y a todos mis docentes de esta prestigiosa casa de estudios. Es un orgullo para mi estar cerca de cumplir una meta más en mi vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ACRÓNIMOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRAC	xiv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I	1
I.PLAN DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Realidad problemática	1
1.2 Identificación y formulación de problemas	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Delimitación de la investigación	6
1.5.1 Espacial	6
1.5.2 Temporal	6
1.5.3 Social	6
1.5.4 Conceptual.....	6
1.6 Viabilidad de la investigación	6
1.7 Limitaciones	7
CAPÍTULO II	8

II MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de Investigación	8
2.1.1 A nivel internacional	8
2.1.2 A nivel nacional	13
2.1.3 A nivel regional y local.....	21
2.2 Bases teóricas.....	24
2.2.1 Estilos de vida.	24
2.2.2 Enfermedades metabólicas:	41
2.3 Marco conceptual:.....	62
CAPÍTULO III	65
III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.1 Hipótesis.....	65
3.1.1 Hipótesis General	65
3.1.2 Hipótesis específicas	65
3.2 Método	66
3.3 Tipo de investigación	66
3.4 Nivel o alcance de investigación	66
3.5 Diseño de investigación.....	66
3.6 Operacionalización de variables	67
3.7 Población, muestra y muestreo.....	69
3.7.1 Población	69
3.7.2 Muestra	69
3.7.3 Tipo de muestra.....	69
3.7.4 Muestreo	69
3.8 Técnicas e instrumentos.....	69
3.8.1 Técnicas.....	69
3.8.2 Instrumento.....	70

3.9 Consideraciones éticas.....	70
3.10 Procedimiento estadístico	70
CAPÍTULO IV	71
IV. RESULTADOS Y DISCUCIONES	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discusión de Resultados	85
4.3 Prueba de Hipótesis	89
CAPÍTULO V	93
V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	93
5.1 Recursos	93
5.2 Cronograma de actividades.....	94
BIBLIOGRAFÍA	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1: Síndrome Metabólico Relacionado a Hábitos Nutricionales en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	71
Tabla 2: Síndrome Metabólico relacionado a ejecución de actividades físicas en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	73
Tabla 3: Síndrome Metabólico relacionado a Adherencia al Tratamiento en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	75
Tabla 4: Síndrome Metabólico relacionado a Automonitoreo de Glucosa en usuarios Diabéticos de los consultorios externos de Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	76
Tabla 5: Síndrome Metabólico relacionado a Hábitos Nocivos en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Hábitos Nutricionales relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	80
Figura 02: Ejecución de actividades físicas relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	81
Figura 03: Adherencia al Tratamiento relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	82
Grafico 04: Automonitoreo de Glucosa relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	83
Figura 05: Hábitos Nocivos relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.	84

ACRÓNIMOS

OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
ENDES	: Encuesta Demográfica de Salud Familiar.
SM	: Síndrome Metabólico.
DM	: Diabetes Mellitus.
HTA	: Hipertensión arterial.
TG	: Triglicéridos.
IMC	: Índice de Masa Corporal.
DSC	: Diospi Suyana Curahuasi.
PNP	: Policía Nacional del Perú.
SPSS	: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

RESUMEN

Estilos de vida es la forma, manera de ser, reflejado en el contexto de la conducta, fundamentalmente en el hábito de vivir, de alimentación. La enfermedad metabólica es un conjunto de patologías originado por distintos factores. Este síndrome puede estar presente de varias formas.

El objetivo de esta investigación fue estudiar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021. Material y método: método cuantitativo, hipotético deductivo. De tipo descriptivo retrospectivo y transversal. El nivel de investigación fue correlacional analítico. Diseño no experimental. La población de estudio estuvo integrada por 150 usuarios varones y mujeres mayores de 18 años. Tipo de muestra fue no probabilística. Los instrumentos fueron la encuesta y ficha de observación. Resultados: se observó que el 44% del total de los usuarios encuestados refieren alimentarse predominantemente a base de carbohidratos, de ellos el 66.7% padecen de Diabetes mellitus, seguido por 21.2% que sufren de Hipertensión Arterial, así mismo vio que el 7.6% presentan dislipidemia y el 4.5% tienen Obesidad. Del 100% de los usuarios el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial. Conclusión a la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Chi cuadrada (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $P=0.033$, $<$ que 0.05; por lo que se acepta la hipótesis de investigación, por cuanto existe relación entre el consumo predominante de carbohidratos con Síndrome metabólico.

Palabras clave: estilos de vida, enfermedades metabólicas, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia.

ABSTRAC

Lifestyles is the form, manner and way of living, reflected in the areas of behavior, basically in customs, in food, it is also modified by housing, urban planning, the relationship with the environment and interpersonal relationships. The metabolic syndrome (MS) is a group of health problems caused by different genetic factors and factors associated with the lifestyle, properly overeating and the lack of physical activity. It should be considered that the metabolic syndrome can be present in various forms such as diabetes, obesity, dyslipidemia and hypertension.

Objective: To establish the relationship between lifestyles and frequent metabolic diseases in diabetic users treated in the outpatient clinics of the Diospi Suyana hospital in Curahuasi 2021. Material and method: The present research work was of quantitative method, consequently, hypothetical deductive since the relationship of the variable lifestyles and metabolic diseases was analyzed. Descriptive, retrospective and cross-sectional. The research level was correlational analytical. Research design was non-experimental, since none of the variables were intentionally manipulated, the behavior of the variables was described as it was presented in the context of the facts. The study population was made up of 150 male and female users over 18 years of age who attend the Diospi Suyana Hospital in Curahuasi for their care, The sample was made up of 100% of the population, so it was a census type, considering that the size of the population was small numerically. The type of sample was non-probabilistic, since 100% of the population was considered; no formula was used to determine the size, and the margin of error was unknown. It was a census-type sampling since it was considered 100% of the population, the observation and survey technique was used. The data collection instruments used were a survey and an observation sheet structured according to

the operationalization of the variables. Results: it is observed that 44% of the total of the surveyed users refer to eating predominantly based on carbohydrates, of them 66.7% suffer from Diabetes mellitus, followed by 21.2% who suffer from Arterial Hypertension, likewise we observe that 7.6% present dyslipidemia and finally 4.5% have Obesity. Of the 100% of users, 56% suffer from diabetes mellitus, 31.3% suffer from arterial hypertension, and 6.7% have dyslipidemia, finally 6% suffer from obesity. Conclusion These results show us that the majority of people who suffer from Metabolic Syndrome eat predominantly carbohydrates, and the metabolic problem they suffer the most is Diabetes mellitus; to the statistical verification of the hypothesis with the Chi-square statistic (Fisher's exact test), the value of $P = 0.033$, <than 0.05; Therefore, the research hypothesis is accepted, since there is a relationship between the predominant consumption of carbohydrates with metabolic syndrome.

Key words: lifestyles, metabolic diseases, diabetes mellitus, obesity, dyslipidemia.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se refiere al tema estilos de vida relacionado a enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos: Se determinó la relación que existe entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi. La relación fue significativa entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos. Objetivo central fue establecer la relación entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos. Estilos de vida es la forma, manera de ser, reflejado en el contexto de la conducta, fundamentalmente en el hábito de vivir y de alimentación. La enfermedad metabólica es un conjunto de patologías originado por distintos factores. La diabetes es una afección frecuente de larga duración que se manifiesta cuando el páncreas no segrega la cantidad necesaria de insulina o que el organismo no es capaz de administrarla bien.

En tabasco México, 92.5% mujeres de 55 años, amas de casa tienen una forma de vivir insalubre. En Perú en la ciudad de Trujillo el 55% de adultos mayores y el 73% de adultos mantienen un inapropiado estilo de vida. Y el 82% de la población presentan síndrome metabólico. En Apurímac Abancay el 51.35% de trabajadores del policlínico de la policía nacional Perú presentan malos hábitos alimentarios.

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se ha estructurado en 5 capítulos.

En el Capítulo I plan de investigación realidad problemática, Capítulo II marco teórico, Capítulo III metodología de la investigación, Capítulo IV resultados y discusiones, Capítulo V aspectos administrativos y el cronograma de la ejecución de tesis.

CAPÍTULO I

I.PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática

En esta investigación, observamos a los modos de vida como un conjunto de actividades hechas por el individuo como la inadecuada nutrición, el sedentarismo, etc. Que son objeto de estudio y examen en esta obra. (1)

La enfermedad metabólica es un trastorno clínico caracterizado por el incremento de peso, hipertensión arterial, la dislipidemia y la resistencia a la insulina.(2)

La diabetes es una afección frecuente de larga duración que se manifiesta cuando el páncreas no segrega la cantidad necesaria de insulina o que el organismo no es capaz de administrarla bien, es un problema de salud pública.(3)

En Costa Rica, señalan sobre el aumento escalonado que viene sucediendo las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, dislipidemia, entre otros. Debido a cambios en el estilo de vida.(4)

Los modos de vida indeseables causan 16 millones de defunciones cada año. La Organización Mundial de la Salud afirma, el consumo excesivo de tabaco,

alcohol, comidas chatarras y el sedentarismo dejan 38 millones de muertes en el mundo, de los cuales 16 millones son prematuras.(5)

En Perú, en 2010, la prevalencia de obesidad en adultos fue 23%, Pasco 51%, Puno 50%, Huánuco 44% y Ucayali con 43%. Los malos hábitos de vida forman un problema de salud pública.(6)

Según indica la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2018 la prevalencia de la hipertensión arterial es de 20,1% de la población, Tumbes 23.8%, Loreto 22,8%, Madre de Dios 11. 8%. El 3,6% de la población fue diagnosticada con diabetes mellitus. Las regiones con mayor caso son: Tumbes 6.6%, Arequipa 4.6%, Ica 4.4%. Y obesidad con 22,7% con más casos la ciudad de Moquegua 32.4%, Tacna 31.1%, madre de dios 30.7%, Ica 30.5%, callao29.1%, lima 26.4%, tumbes 25.8%. (7)

En Apurímac los malos hábitos de vida aumentan, para el 2019 con 111 casos de diabetes en el Hospital Guillermo Díaz de la vega presentando complicaciones de 22.4% de pacientes. Casos registrados en Abancay 287. El 81.9 % de habitantes presentan obesidad.(8)

En Latinoamérica la prevalencia del Síndrome metabólico es de 87% de la población adulta, Argentina con 70%, Estados Unidos 46% México 62%, Europa 70%, globalmente esta cifra se elevó a 46% en los adultos mayores.(9)

En Perú, 16,8% de adultos presentan síndrome metabólico (SM de aquí en adelante), Lima Metropolitana 20,7% y los departamentos del Perú 60,8% sumados en general. Se muestra una mayor prevalencia de enfermedades

metabólicas en la población de altura con 24,2% y adultos mayores 22,1%.(10)

En Apurímac la Tasa Estandarizada de Mortalidad está dada por las enfermedades metabólicas con 142 casos por 100,000 habitantes. En 2015 fallecieron por SM 12,9%, hipertensión arterial (HTA de aquí en adelante) 6%, DM 5,5%, obesidad 1,4%.(11)

El hospital Diospi Suyana del distrito de Curahuasi en sus atenciones brindadas se ve a pacientes atenderse en las diferentes especialidades, en medicina, el 45% presenta trastornos metabólicos, 25% adultos,11% adolescentes,8% adultos mayores 2.5% niños. (12)

1.2 Identificación y formulación de problemas

1.2.1 Problema general

¿De qué manera se relaciona los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?

1.2.2 Problemas específicos

- ❖ ¿Cuál es el hábito nutricional relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?
- ❖ ¿Cuál es la actividad física relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?

- ❖ ¿Cuál es la adherencia al tratamiento relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?
- ❖ ¿Cuál es el automonitoreo de la glucosa relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?
- ❖ ¿Cuál es el hábito nocivo relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021?

1.3 Justificación

El motivo que me llevó a investigar los estilos de vida relacionado a enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana, fue que durante mi estadía en este centro asistencial pude ver pacientes jóvenes y adulto acudir a una revisión médica sin saber cuál era su mal que le aquejaba llevándose con la grata sorpresa de que padecía con una de las enfermedades metabólicas (diabetes mellitus). Puesto que estos diagnósticos son muy frecuentes. Así, esta zona débil de la población se ve expuesta en un sentido más que es resto de la sociedad al riesgo de involucrarse de un modo de vida ineficaz, a causa de la mala práctica en la alimentación y la ausencia de actividades físicas. Mi objetivo fue coadyuvar a alertar sobre estos peligros, de esta manera producir información que contribuya en la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades referidas.

Hoy en día, el modo de vida viene cambiando enormemente debido al ingreso masivo de alimentos industrializados y la simplicidad de adquisición por parte de la población adulta, la comercialización de productos altos en grasa azúcar así como

pasteles, gaseosa y productos enlatados llaman la atención de las personas, a consecuencia de esto vienen los efectos de incremento de peso y la adiposis por el mal manejo en el consumo de alimentos y la falta de actividades físicas, pese que Curahuasi es un lugar con muchas zonas agrícolas, frutícolas y con áreas de recreación amplia, los pobladores no lo dan utilidad. Por lo tanto, el éxito de este estudio será como una perspectiva, para llevar a cabo técnicas de trabajo en las formas de vida, de los ciudadanos curahuasinos y reforzarlos para trabajar en su satisfacción personal. El presente trabajo coadyuvara a la ejecución de nuevos proyectos de investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Establecer la relación entre estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

- ❖ Identificar el hábito nutricional relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ Determinar la actividad física relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ Identificar adherencia al tratamiento relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

- ❖ Determinar el automonitoreo de glucosa relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ Identificar el hábito nocivo relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

1.5 Delimitación de la investigación

1.5.1 Espacial

El presente estudio se realizó en el Hospital Diospi Suyana de la localidad Curahuasi.

1.5.2 Temporal

El periodo de esta investigación fue desde el primer trimestre del año 2021.

1.5.3 Social

La población en quienes se realizó el estudio fue en los usuarios con enfermedades metabólicas.

1.5.4 Conceptual

Los datos teóricos estudiados fueron los estilos de vida con relación con las enfermedades metabólicas.

1.6 Viabilidad de la investigación

Fue viable el presente estudio ya que el financiamiento fue a responsabilidad de la autora.

Fue accesible a la población en estudio tanto por razones de idioma y de orden geografía, porque la autora es bilingüe (español/quechua) y reside en la localidad de Curahuasi.

La viabilidad, técnica fue garantizada por que se utilizó las técnicas de la encuesta y la observación.

1.7 Limitaciones

No existió estudios previos a nivel local, las restricciones de contacto con otras personas por el estado de emergencia sanitaria.

CAPÍTULO II

II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Investigación

2.1.1 A nivel internacional

Igor Cigarroa.; et al, (2016), en el trabajo “Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana”. Nariño – Colombia.

Objetivo: estudiar, revisar y recopilar estudios vigentes en Latinoamérica que digan sobre el nexo que existe entre la adiposidad, el sedentarismo y desarrollo psicomotor infantil.

Material y método: se investigó en las bibliotecas electrónicas de Pubmed y Scielo. Los términos clave utilizados fueron: retardo del desarrollo psicomotor aumento del peso en los infantes, adiposidad en niños y nutrición de esta edad de la población.

Resultados: hay relación estrecha con el aumento de peso y la adiposidad en niños y pobre sometimiento en los experimentos psicomotores de las investigaciones realizadas en América Latina. Sin evidencia de investigaciones que mencionen nexo real con el aumento de peso, adiposidad

y optimas puntuaciones en la prueba psicomotriz. Conclusión: los impactos afirman el efecto problemático de la malnutrición por exceso, en el desenvolvimiento psicomotriz de niños y niñas. Sin embargo, la mayoría de investigaciones experimentales son necesarias para confirmarlo la profusión de salud enferma en el avance psicomotor de los niños.(13)

María Araceli Álvarez.; et al, (2018), en el estudio “Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo”. México.

Objetivo: este estudio investiga la conexión entre la manera de vivir y el trastorno metabólico en la población universitaria e instaura si existe contrastes por género.

Muestra: se trabajó con 970 estudiantes,67.4% femeninas y 32.6% masculinos elegidos de una muestra aleatoria. Evaluaron estilos de vida, obesidad central y los trastornos metabólicos.

Resultados: indican el 4.63% síndrome metabólico, y 36.65% con obesidad, más casos en femeninos. Estilos de vida con influencia buena fue en varones que, en mujeres, más casos de síndrome metabólico fue en malos estilos de vida.

Conclusión: la conexión entre el sexo, obesidad, y la condición metabólica era relevante en la población considerada. Se hallaron discrepancia entre varones y damas.(14)

Cristian Estefanía Álvarez Palomeque.; at el, (2018), describió en el trabajo “Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del

paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco". México.

Objetivo: establecer el nivel de información sobre la enfermedad, forma de vida y su relación control metabólico de los usuarios diabéticos de la UMF. N°39 IMSS, centro tabasco.

Material y método: el escrito fue de tipo observacional, transversal y analítico con muestra de 200 usuarios diabéticos. Diseñaron y aplicaron un cuestionario para la evaluación de conocimiento. Se aplicó estadística descriptiva y analítica, presentada mediante tablas y gráficas. Utilizaron la X² de Pearson para relacionar las variables. Utilizaron el programa SPSS versión 15.0.

Resultado: la edad de los pacientes fue 55 años, con años de estudio 6^{to}, predominaron las mujeres con 59.5%, amas de casa el 44.5%, con diez años de desarrollo de la enfermedad; el grado de información era inadecuado en el 87%, al relacionar el grado de información y el control metabólico obtuvieron una x² de 4.735 y una p= 0.03; el 92% de los usuarios muestran un modo de vida indeseable, al referir estilos de vida, y el síndrome metabólico obtuvieron una x² de 6.922 y una p = 0.009 realmente enorme.

Conclusión: los usuarios con información deficiente y formas de vida poco saludable mantenían un control metabólico insuficiente o inapropiado. Es fundamental que la enfermería ofrezca enseñanzas positivas y aclarar la importancia de conservar un estilo de vida saludable.(15)

Vanessa Jakeline Galarza Fárez.; at al, (20165), describieron en su trabajo "Estilos de vida y conocimiento de la enfermedad asociados al control

metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Lucha de los Pobres en el periodo marzo – octubre de 2016” Ecuador – Quito.

Objetivo: fue investigar el vínculo de las formas de vida y la información sobre la patología con el control metabólico en pacientes diabéticos atendidos en el centro de Salud Lucha de los Pobres, de marzo a octubre de 2016.

Material y método: fue una investigación analítica de corte transversal. Trabajaron con 126 usuarios diabéticos. Efectuaron escalas de ECODI para, calcular el nivel de conocimiento e IMEVID para la evaluación de estilos de vida. Observaron la hemoglobina glicosilada para el control metabólico.

Resultado: los usuarios con falta de información fueron 42.1% y el control metabólico deficiente 44.4%. La conexión conocimiento insuficiente e inadecuado control metabólico fue de 49.88%. Todos mantenían un modo de vida problemático.

Conclusión: no hubo relación entre el conocimiento y los los modos de vida con el control metabólico. (16)

Carmen Mercedes Villa Plaza.; (2018), estableció en su trabajo “Estilo de vida y su influencia en la aparición del síndrome metabólico en estudiantes de la carrera de Enfermería”. Ecuador – Ambato.

Objetivo: delimitar la manera de vivir y el impacto en la presencia de trastorno metabólico en los estudiantes de la escuela profesional de enfermería de la universidad técnica de Ambato.

Materiales y métodos: esta investigación se realizó con una prospectiva longitudinal y explicativa en la que los casos anduvieron dirigidos como se proyectaron. Se trabajó con 50 alumnas de la escuela profesional de enfermería, elegidos por muestreo aleatorio simple. Para la técnica de recolección de datos se aplicó una encuesta de los estilos de vida, asimismo para el análisis de laboratorio en tal sentido confirmar la existencia del síndrome metabólico.

Resultados: el 90% de estudiantes de enfermería tienen un estilo de vida inadecuado, no cuidan de su alimentación, salud oral, y no practican actividad física.

Conclusión: los estudiantes de enfermería tienen un estilo de vida inapropiado por ende la predisposición al síndrome metabólico. (17)

Yuri Arnold Domínguez.; (2020), en un estudio realizado estableció en su trabajo “Nivel de actividad física y su relación con factores clínicos y complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus. “Ecuador – Ambato.

Objetivos: Delimitar el ejercicio físico y la conexión con las variables clínicas y complejidad recurrente en pacientes con diabetes mellitus.

Método: fue un trabajo observacional, descriptivo y transversal, con 131 personas que formaron la muestra quienes sufrían de diabetes mellitus, de 18 años en adelante, Policlínico Héroes del Moncada; en la que se valoró el grado de ejercicio físico mediante una forma abreviada de la encuesta IPAQ. Aplicaron el test Chi cuadrado entre variables cualitativa y la correlacional de Pearson para las variables cuantitativas.

Resultado: se mostró que el 24,9 % de paciente presentaron un bajo grado de actividad física. Hubo una relación desfavorable entre el nivel de ejercicio físico y la edad ($p < 0.0001$), y una relación positiva con el peso corporal ($p < 0.0001$). El bajo grado de ejercicio físico. Fue menos habitual entre los 60 y 79 años (59.7%), mientras que el grado significativo de actividad en las personas con edades comprendidas entre 40 y 59 años (61.3%) ($p < 0,05$). (75 %). No hallaron ninguna relación entre el ejercicio físico y la cantidad de complejidad de diabetes mellitus.

Conclusión: el grado de ejercicios físicos en los individuos con diabetes mellitus fue alto, como el de los cubanos se relacionó con la edad, los antecedentes familiares de diabetes y el excedente peso corporal. (18)

2.1.2 A nivel nacional

José Ander Asenjo Alarcón.; (2020), en su estudio “Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus de Chota, Perú”. Chota-Cajamarca.

Objetivo: del presente estudio fue determinar una relación entre el modo de vida y el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus en Chota Cajamarca.

Material y método: Este estudio fue observacional, transversal, con 102 usuarios del Centro Médico Chota. Determinaron con el instrumento IMEVID y la inspección metabólica con una ficha de lectura diagnóstica adecuada de la asociación americana de diabetes. Delimitaron frecuencias directas y relativas, con un nivel de certeza del 95%.

Resultado: los usuarios presentaban un modo de vida perjudicial (45.1%), sobrepesos (43.1%), el contorno del vientre muy alto (53.9%), glucosa

elevada (62.7), LDL incrementado (79.4%), HDL bajo (59.8%), triglicéridos aumentados y un mal control metabólico (61,8%).

Conclusiones: en gran mayoría de los pacientes sostenían un estilo de vida desfavorable, se puede decir que si existe una relación estrecha entre la forma de vida y el control metabólico de los usuarios; el estilo de vida nocivo se agrupo al mal manejo metabólico.(19)

Eulogia Gómez Montilla.; (2017), en su trabajo “Estilos de vida y relación con el síndrome metabólico en técnicos y suboficiales, unidad base aérea, hospital las palmas, 2017”. Lima – Santiago de Surco.

Objetivo: en el presente trabajo tuvieron como objetivo delimitar el vínculo de las formas de vida entre la presencia del trastorno metabólico en los especialistas y suboficiales de la Unidad Base Aérea, hospital Las Palmas en el primer trimestre del año 2017.

Material y método: emplearon el método descriptivo y diseño correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativo. Integrado por 150 militares, con 108 militares de muestra. En la recolección de información se adaptó una encuesta y la guía de percepción, los antecedentes se procesaron el software SPSS versión 23.0.

Resultado: el 25.93% de los entrevistados presentaron un buen nivel a las formas de vida, un nivel moderado con 43.52% y con 30.56% pésimo; el 37.04% presentan un nivel alto con relación al síndrome metabólico, un 45.37% muestran un nivel medio y 17.59% un nivel muy bajo.

Conclusiones: estilos de vida está relacionada directamente con síndrome metabólico, de acuerdo a la conformidad de Spearman de 0.633 mostrando este resultado como moderado con una estadística expresivo de $p=0.001$

viéndose menos que 0.01. Sugerir al Comandante General de la Fuerza Aérea del Perú. Implementar un plan de patologías crónicas no transmisibles en cada establecimiento de salud de su localidad, asignado a un enfermero con especialidad en salud ocupacional.(20)

Jordano Jackestuard Ismael Carranza Paredes.; (2019), en su investigación “Relación entre los estilos de vida y el síndrome metabólico en pobladores adultos y adultos mayores de la Ciudad de Trujillo 2019”. Lima. Objetivo: el presente trabajo tuvo como objetivo delimitar la relación de las formas de vida entre la presencia de trastorno metabólico en la población adulta y adultos mayores de Trujillo, 2019.

Material y método: el trabajo fue de tipo descriptivo simple transversal con diseño no experimental. Comprende de 271 adultos y personas de tercera edad. La obtención de la información del síndrome metabólico y modo de vida se usó una encuesta para los habitantes de la Ciudad de Trujillo. El éxito de esta investigación lo hicieron en la versión 25 de programa SSPS, a través de la medida estadística Chi cuadrado.

Resultados: establecieron los inapropiados modos de vida que llevan los habitantes adultos y los de la tercera edad, en la mayoría es la adquisición de refrigerios fáciles, bebidas alcohólicas y azucaradas. Vieron también un 55% de la población adulta y 73% de la tercera edad presentar problemas metabólicas.

Conclusiones: se relaciona significativamente entre el modo de vida y el consumo de refrigerios fáciles, bebidas azucaradas y un mínimo uso de vegetales con la condición metabólica en la población adulta. (21)

Saúl Carhuaricra Castañeda.; (2018), en su trabajo de investigación “Estilos de vida y síndrome metabólico en los trabajadores del servicio de laboratorio, Hospital Carlos Alcántara Butterfield, La Molina, 2018”. Lima.

Objetivo: El trabajo investigado pretendía establecer una relación entre las formas de vida y el trastorno metabólico en el personal de laboratorio del Hospital Carlos Alcántara Butterfield.

Materiales y métodos: fue un estudio descriptivo, transversal, cuantitativa, de diseño correlacional. Se tomó a 33 personales de muestra, el instrumento que usaron fue el formulario y una tarjeta de confrontación aprobado por el dictamen especialista con fiabilidad de alfa Cronbach y Kr20 0.876 y 0.831.

Resultado: fue que un 42.42% del personal presentaron una forma de vida en una categoría moderada, por otra parte, un 63.64% no presentaron enfermedades metabólicas, pero el 36.36% si presentaron.

Conclusiones: se pudo constatar la relación entre los estilos de vida y la enfermedad metabólica. Recomendaron al líder de laboratorio, pedir al personal de enfermería que organicen reuniones didácticas con opciones de temas con relación al buen manejo de estilos de vida, de esta manera disminuir y prevenir el síndrome metabólico. (22)

Thania Goddy Varillas Sánchez.; (2016), en la investigación “Estilos de vida y síndrome metabólicos de los trabajadores del centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto-Julio 2016”. Lima – Callao.

Objetivo: del presente estudio fue determinar la relación entre las formas de vida y las enfermedades metabólicas del personal del Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto- Collique 2016.

Material y método: fue una investigación de tipo descriptivo, estuvo integrado por 53 trabajadores de salud de distintos servicios, el instrumento utilizado fue un cuestionario de estilos de vida y condición metabólica, el estudio estadístico descriptivo e inferencial fue con el programa SPSS.

Resultados: estos resultados se mostraron en una tabla para la interpretación y análisis respectivo.

Conclusiones: influyen directamente las formas de vida en la evolución de la enfermedad metabólica. Se sugiere implementarse salas de capacitación que tenga relación con estilos de vida que lleva el personal de este centro asistencial.(23)

Katherine Karen Pardo León.; (2016), en su indagación “Estilos de Vida y Estado Nutricional en Adolescentes de Secundaria. Institución Educativa Glorioso Húsares de Junín. El Agustino, 2016”. Perú – Lima.

Objetivo: el objetivo de esta investigación fue delimitar la relación entre estilos de vida y estado nutricional de los jóvenes de la institución educativa glorioso Húsares de Junín, agustino octubre de 2016.

Material y métodos: este estudio fue de tipo descriptivo, correlacional no experimental de corte transversal. Integrado por 731 jóvenes, se tomó a 225 jóvenes para la muestra utilizando un muestreo aleatorio, se aplicó de instrumento un formulario y la hoja de información de datos.

Resultado: el 52% de jóvenes presentan estilos de vida indeseable, el 47% mantienen una actividad física adecuada, y 54.7% a hábitos alimentarios. Asimismo, un 48.9% de jóvenes presentan un patrón dietético normal, se ve 32% de jóvenes subidos de peso, y con adiposis 17.33%. En general el 72.9%. son obesos y tienen un modo de vida indeseable.

Conclusiones: se muestra una relación altamente relevante entre estilos de vida y la situación nutricional en los jóvenes de la institución educativa Húsares de Junín. (24)

Ayte Canteño Verónica Isabel.; (2018), en su estudio “Estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo, de los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018”. Lima.

Objetivo: fue delimitar el estilo de vida de los pacientes diabéticos, del Hospital San Juan de Lurigancho.

Material y método: este estudio es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo de corte transversal. Con 142 pacientes para la muestra, se usó de instrumento un formulario de diabetes, también de aplico el IMEVID.

Resultado: se observó que el 99.3% presentaron un modo de vida no saludable; 99.3% hábitos nutricionales malo, 77.1% se auto controlan la glicemia, 76.1% no realizan actividad física, 89.4% tienen hábitos nocivos, en la valoración de diabetes mellitus, un 88% de pacientes presentaron un estilo de vida indeseable.

Conclusión: los pacientes diabéticos que se auto controlan la glicemia tienen una relación considerable con estilos de vida. (25)

Rafael Prado Prado.; et al, (2020), en su investigación “Diabetes y factores de riesgo en docentes de la Universidad Nacional de Ica, Perú 2020”. Lima.

Objetivo: fueron delimitar los valores de glucemia y riesgos como la adiposidad y las prácticas en la alimentación, de los instructores de la universidad nacional San Luis Gonzaga de Ica.

Método: fue un trabajo descriptivo transversal y correlacional, trabajaron con 278 instructores de ambos géneros de 40 a 70 años. Les tomaron la

antropometría correspondiente; realizaron el control después de los alimentos, aplicaron una encuesta con alimentos predominantes. La información fue estudiada utilizando el estadígrafo no paramétrico de Chi cuadrado de Pearson en tablas de contingencia, con 95% de intervalo de seguridad.

Resultado: vieron 6% de casos con diabetes y 4% de maestros no toleran la glucosa 39,2% con sobrepeso, 19% presentaron obesidad y aproximadamente 63% consumen alimentos con predominio en carbohidratos y grasas.

Conclusiones: hubo gran significancia de diabetes mellitus en los docentes de la universidad, en su mayoría varones predominando docentes mayores de 60 años con adiposis, una gran parte de los maestros llevan alimentación rica en hidratos de carbono. (25)

Gonzales Gálvez Deysi Lizbeth.; et al, (2018), en su estudio realizado “Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018”. Tarma.

El objetivo: fue determinar como la adherencia al tratamiento esta enlazado con el estilo de vida de los diabéticos de la provincia de Tarma.

Material y método: se consideró un método analítico, sintético, deductivo e inductivo de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico con ruta cuantitativa. Nivel de la investigación fue relacional, no experimental con 75 pacientes de muestra, instrumentos usados fueron el cuestionario y el test de Likert.

Resultados: la adherencia terapéutica se cumple con 79% y el tratamiento higiénico, dietético cumple con 67%, terapia farmacológica con 56% y la

terapéutica personal salud enfermedad con 61%. Los modos de vida son poco beneficiosos para la salud con un 59%.

Conclusión: la adherencia terapéutica con los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus en Tarma, 47% de adhesión al tratamiento se cumple cuando las formas de vida son poco favorables. En contraste de hipótesis la adhesión al tratamiento se enlaza relevantemente con el estilo de vida de los diabéticos de Tarma. (26)

Málaga Chávez, Renzo Mauricio.; et al, (2021), en su trabajo investigación "Consumo de bebidas azucaradas, verduras y frutas en sujetos con alteración del metabolismo de la glucosa". Lima.

Objetivo: fue determinar la relación entre el trastorno del metabolismo de sacarosas y algunos ejemplos dietéticos (bebidas energizantes, con niveles de azúcar alto, verduras y frutas).

Material y método: fue un estudio de tipo transversal. Para la evaluación de temas de interés crearon pautas de regresión de Poisson con varianza vigoroso se presentaron motivos de prevalencia e intervalos de confianza al 95%.

Resultado: el estudio se llevó a cabo con 1607 personas, 50.3% damas, inscritos. La tasa de casos con diabetes mellitus es de 11.0%; 59,76% tuvieron diagnóstico previo. Solo 13.3% manifestaron tomar bebidas con alto nivel de azúcar, energizantes una vez por semana 25,5% y 45,8% reportaron alimentarse con frutas y verduras diariamente. Personas ya diagnosticadas con DM tenían menor probabilidad de consumir bebidas energizantes azucaradas. El consumo de frutas ni el de verdura fue mayor en aquellos con o sin diagnóstico previo.

Conclusiones: los euglicémicos con diagnóstico previo de DM consumen bebidas energizantes azucaradas con más frecuencia. El consumo de frutas y verduras no fue diferente entre las categorías de alteración del metabolismo de la glucosa estudiadas.(27)

2.1.3 A nivel regional y local

Petronila Rocío Vázquez Contreras.; (2019), en su estudio “Estado nutricional y calidad de vida en los docentes de los colegios nacionales de Chalhuanca Aymaraes - Apurímac, 2019”.

Objetivo: este estudio tenía como objetivo delimitar la relación existente entre el estado nutricional y calidad de vida en los maestros del colegio nacional Chalhuanca.

Material y métodos: esta Investigación fue de modelo cuantitativo, de grado aplicativo, descriptivo correlacional y diseño no experimental, tomaron de muestra a 111 maestros, el instrumento q usaron fue una ficha de objeción y pesquisa.

Resultados: nos indican que el 51.35% presentan una situación nutricional normal, 28.82% tienen malas necesidades nutritivas; 19.82% manejan desordenadamente su estado nutricional. Se ve también que el 51.35% cuenta con una calidad de vida regular, 27.03% manejan una buena calidad de vida y 21.62% cuentan con mala calidad de vida.

Conclusiones: en la investigación se vio la existencia significativa entre el la fase nutricional y la calidad de vida en los maestros. Recomendaron a los dirigentes de cada centro educativo, establecer una reunión y solicitar su

apoyo en fomentar una buena alimentación y hablar sobre la importancia de realizar ejercicios a diario en los diferentes centros educativos.(28)

Yheny Año Chuima.; (2018), en su trabajo “Cuidados de enfermería en estilos de vida relacionada a la alimentación de la REGSAPOL Abancay 2014 – 2018”. Apurímac – Abancay.

Objetivo: el objetivo de esta investigación fue estudiar los hábitos alimentarios, y estilos de vida, del personal policial de la REGSAPOL ABANCAY 2018".

Material y métodos: el presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de diseño no experimental. La población fue integrada por 131 policías del Policlínico PNP Abancay, con una muestra de 65 trabajadores emplearon el muestreo aleatorio estratificado; el instrumento que utilizaron fue el cuestionario y el folio de información de datos.

Resultados: el éxito de este trabajo demuestra que el 51.35% presenta malos hábitos alimentarios, el 8.35% tienen una forma de vida moderada, el 5.83% manejan una calidad de vida bastante buena y el 51.35% poseen una calidad de vida negativamente malo.

Conclusiones: se halla una relación altamente considerable entre los malos hábitos alimentarios y estilos de vida de trabajadores del policlínico PNP Abancay. (29)

Carmen Pérez Espinoza.; (2017), en su trabajo “estilos de vida familiar y el desarrollo emocional en pacientes del Centro de salud Tamburco 2017”. Abancay.

Objetivo: investigar el comportamiento indicado en los modos de vida familiar y el desenvolvimiento emocional de pacientes del Centro de Salud Tamburco.

Material y método: se trata de un estudio de tipo descriptivo correlacional, el instrumento utilizado fue la encuesta con escala de Likert aplicada en los padres de familia y para los niños usaron una lista de cotejo. Con una población de 131 participantes aplicando como muestra a 48 niños de la misma forma para los padres. El procesamiento de datos se obtuvo a través de la estadística descriptiva (SPSS).

Resultados y conclusiones: se dieron a través de tablas de recurrencia y diagramas; esto accedió a preparar un grupo de resultados y sugerencias dentro de la estructura del examen de las formas vida familiar y el desenvolvimiento emocional entre hijos y padres. (30)

Zulema Rosy Alvarado Álvarez.; (2015), en su trabajo “Capacidades de los pacientes diabéticos para la práctica de nuevos estilos de vida Centro de salud Bellavista Abancay, 2015”. Apurímac.

Objetivo: el objetivo de esta investigación fue determinar las capacidades sensoriales, cognitivas, biofísicas y mentales de los pacientes con diabetes, para el habito de nuevas formas de vida, del centro de salud Bellavista.

Material y método: fue de nivel descriptivo la técnica e instrumento utilizados fue la encuesta, con una muestra de 25 usuarios diabéticos. Para el procesamiento de datos se utilizó el software SPSS versión 25.

Resultados: en el primer resultado se observa a 80% de usuarios diabéticos presentar una incapacidad sensorial de la visión baja, el 30% tienen la capacidad del tacto disminuido; son serie de problemas que les limita las

actividades cotidianas. En el segundo resultado se muestra a un 76% de usuarios diabético tener las capacidades mentales que les facilita percibir satisfactoriamente las causas de peligro y efectos secundarios de las dificultades de diabetes. Tercera en cuanto a las capacidades biofísicas, más de la mitad de los pacientes diabéticos no incorporan las capacidades de descanso, reposo y diversión. El 57% pueden desempeñar su aseo personal y el 52% se alimentarse cumpliendo en función a la regla indicada. Cuarto y último resultado demuestra la capacidad para conservar su autoestima.

Conclusión: se sugirió a los expertos en Ciencias de la Salud que planifiquen sesiones instructivas para seguir desarrollando buenas formas de vida con esta población diabética, hacer vigilancia personalizada y/o grupal, que distingan estas limitaciones con el motivo de comenzar con el tratamiento y recuperación oportuno.(31)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Estilos de vida.

2.2.1.1 Definición:

Estilos de vida es la forma, manera y el enfoque de vida cotidiana “estar en el mundo”, reflejado en los espacios de la conducta, básicamente en el habito de la alimentación, asimismo se halla conformado, por la vivienda, urbanismo y la tenencia de bienes (vivienda), relacionarse con el entorno y la comunicación entre personas.(32)

En epidemiología, el modo de vida se entiende como un grupo de conductas que forman las persona, a veces sanos y otras veces son nocivos para la salud.(33)

El estilo de vida alude al enfoque de la vida cotidiana, a una cadena de ejercicios, a los horarios del día a día como la cantidad de dietas a diario, calidad de los alimentos, periodos de descanso, consumo de bebidas alcohólica, el tabaquismo y el trabajo activo. A ese grupo de prácticas se le llama rutinas o prácticas de apoyo, de las que se distinguen dos clasificaciones: las que contribuyen al bienestar y al aumento de esperanza de vida y las que lo restringen o son inseguras y reducen el futuro. Estas prácticas se conocen como factores defensivos y comportamiento de peligro.(32)

La OMS caracteriza el modo de vida como un estilo de vida general centrado en la interrelación entre los entornos cotidianos desde una perspectiva amplia y pautas unipersonales sujetos a características culturales de una sociedad. Estos entornos cotidianos son el resultado de las condiciones sociales y económicos. (32)

Para entender de mejor manera estilos de vida es importante conocer los elementos que conforman, considerando las normas de conducta personal. Primordialmente el factor que interpone en el estilo de vida es el estrés, la sexualidad, la inactividad, horas desocupados. Sin embargo, con el pasar de los años se observa los estudios y avances científicos valiosos como el movimiento físico y la alimentación por el lado positivo, y por el lado desfavorable la nocividad como el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco estos son los factores que modifican el estilo de vida de la humanidad de hoy. Es evidente que el estilo de vida de las personas está condicionado por el consumo inadecuado de alimentación y la falta de actividad física, y el sedentarismo convierten a estos factores en elementos

de riesgo para la salud del individuo. Cada persona tiene un estilo de vida determinado, formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas. Esta es una categoría socio-psicológica empleada para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. (22)

2.2.1.2 Clasificación:

2.2.1.3 estilos de vida saludable:

Se define como un desarrollo social, tradiciones, las aficiones, los comportamientos y prácticas de personas y grupos de población que conducen según la inclinación general de las necesidades humanas para lograr la prosperidad y la vida. Elaborar un listado de formas de vida favorables o comportamiento sólido, para trabajar en la satisfacción personal. Una parte de estos elementos defensivos o grandes formas de vida son:

- ❖ Conservar la dirección de la vida, los objetivos y plan de la vida.
- ❖ Sostener la autoestima el sentido de identidad y pertenencia.
- ❖ Permanecer con la autodeterminación y la autonomía y el ánimo de saber.
- ❖ Impartir resultados y mantener la incorporación social y familiar.
- ❖ Poseer el placer en la vida.
- ❖ Fomentar la vivencia en armonía, la hermandad y la paciencia.
- ❖ La seguridad social en el bienestar y la vigilancia de factores de exposición como: la adiposidad, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, sobredosis de medicina, estrés y patologías (HTA, diabetes).

- ❖ Tener acceso a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.(34)

2.2.1.4 Estilos de vida no saludable:

Son las prácticas, hábitos o comportamientos que los individuos siguen en contra de su bienestar y de la mejora de su satisfacción personal, además de su forma de vida; perjudicando sus aspectos orgánicas, mentales y sociales entre estos tenemos:

- ❖ Nutrición inapropiada lo cual lleva a un daño fisiológico y psicológico.
- ❖ Insomnio, el abusar de las horas de dormir.
- ❖ Ausencia de actividad física, se manifiesta con patologías crónicas a largo plazo.
- ❖ Abuso del alcohol, tabaco y otras sustancias que dañan la salud.
- ❖ Socialización inapropiada no ayuda con el desarrollo personal. (11)

2.2.1.5 Estilos de vida en pacientes diabéticos:

Mantiene un efecto grande en la complejidad del paciente diabético sean agudas o crónicas, tiene que mantener estilos de vida saludable principalmente en: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco, ocupaciones recreativas, relaciones entre personas ocupaciones laborales. Uno de los ejes fundamentales para la evolución de los pacientes con diabetes mellitus es el buen estilo de vida, el cuidado de su dieta, ejercicios, tratamiento farmacológico.(35)

Epidemiología: uno las causas de muerte, están asociadas también a estilos de vida. Estudios realizados demuestran que, del total de muertes, el 43% está asociado al estilo de vida, el 27% con la biología, 19% con el medio

ambiente y el 11% con los servicios sanitarios. Es claro que el peso del estilo de vida en relación a la mortalidad. Es probable que estos aspectos se puedan modular, haciendo cambios relacionados con las nuevas formas de asumir la vida.(32)

Causa de estilos de vida no saludable: entre las causas principales para un estilo de vida no saludable están: malos hábitos en la alimentación, el sedentarismo y el consumo de sustancias tóxicas. Para vencer estos impactos negativos, se centró en la importancia de incluir a toda la familia ya que así se obtienen mejores resultados a corto y largo plazo. (36)

Consecuencias: el trabajo o el modo de vida estacionaria, la alimentación deficiente, los patrones de descanso modificado, el abuso de licor, tabaco y otras sustancias ilícitas, causan una posibilidad más prominente, incrementar distintas patologías degenerativas, por ejemplo, la diabetes, la enfermedad coronaria, la hipertensión los niveles elevados de colesterol, los triglicéridos en la sangre, dolores articulares. Psicológicamente, ocasiona una autoestima bajo, dificultades para adaptarse a las circunstancias angustiosas y una probabilidad notable de experimentar un problema de estado de ánimo. (37)

Dimensiones de estilos de vida:

Hábitos nutricionales.

Se delimita por ser hábitos formados en el trayecto de la vida que repercuten en los patrones dietéticos. Llevar una rutina alimenticia decente, surtido adecuado unida a la actividad física es lo ideal para estar sanos.(38)

Alimentación: Es un proceso social y cultural una transformación voluntaria y consiente, condicionado por causas extrínsecos, así como prácticas,

convicciones culturales y sectas asequible a diferentes nutrientes. La acción de comer se presenta como un hecho “biológico”, natural y así puedan mantener un estado de salud perfecto y saludable.(39)

Alimentación balanceada: comprende por alimentación balanceada, a la acción de elegir distintos grupos de alimentos esenciales, priorizando los alimentos naturales. Así como: verduras en sus diferentes variedades, cereales, frutas frescas aumentará la vitalidad, leche, carnes el pollo y pescado son saludables , grasas y azúcar en poca cantidad.(40)

Para conservar la salud es necesario comer más de 40 nutrientes distintos, fibras y otros agregados, como los compuestos químicos producidos por la planta, han puesto de manifiesto un rol favorable en las distintas patologías. Esto se obtiene mediante una alimentación variada. Una manera de ver el consumo de alimentos balanceados es el color de la comida, cuanto más colores presenta la dieta hay más seguridad de que se está ingiriendo nutrientes. (40)

Nutrición: es una ciencia que examina la manera en que el cuerpo emplea fuerza del alimento ingerido para conservarse saludable, a través de la ingestión, digestión, absorción, transportación, que emplea para sacar provecho de los nutrientes indispensables para la vida y la relación entre salud y enfermedad. De esta manera, la alimentación del bienestar general es la ciencia que trata la conexión entre dieta y salud con el objetivo de desarrollar a un más el estado de bienestar de la población. La obesidad es una pandemia sumamente ligado con la nutrición. (41)

Alimentación con predominio carbohidratos: Es la manera de ingerir alimentos a base de carbohidratos en sus diferentes presentaciones,

mediante el uso apropiado de los alimentos se obtiene una rutina sana de alimentarse, ya que satisfacen las capacidades vivas y dietéticas del organismo. De esta manera, es esencial conocer las cualidades y propiedades de las variedades de alimentos para consolidarlas adecuadamente según las necesidades nutricionales.(42)

Carbohidratos: son partículas que proporcionan energía, fundamentalmente facilita el crecimiento de la vida. Compuesto por un átomo de carbono, átomo de hidrogeno, oxígeno y una composición orgánica de la variedad de vegetales, a acepción los de origen animal (lactosa, glicógeno).

En el régimen alimenticio los hidratos de carbono se conocen como sacarosas simple y compleja como el almidón. El sistema digestivo convierte los hidratos de carbono en azúcar. Para luego usarlo como fuente de energía hacia los tejidos, los órganos, y las células. Asimismo, cumple un rol fundamental en el procesamiento de la digestión, y desempeña la aceleración del metabolismo y la modificación de globulinas y lípidos. Entonces es importante saber el valor de los hidratos de carbono para el consumo adecuado y llevar un estilo de vida saludable evitando enfermedades. (43)

Tipos de carbohidratos: las globulinas, lípidos e hidratos de carbono son los tres principales macronutrientes que son fundamentales en una dieta balanceada. Y se clasifica en:

Carbohidratos simples: son cadena de azucares de absorción rápida que se modifican en sacarosa. Y proporciona energía a las células. En los pacientes diabéticos estos alimentos elevan la glucosa en la sangre. Entre los

carbohidratos simple están los productos orgánicos (leche, azúcar común, y sus derivados. (44)

Carbohidratos complejos: formados de tres o más cadenas de azúcares, por lo general adheridos entre sí, abundantes en fibra, vitaminas y minerales, demoran en transformarse en glucosa y la asimilación en el cuerpo es lenta debido a su complejidad. Por ello los niveles de glucosa en la sangre no suben rápido. Entre los carbohidratos complejo se encuentra en verduras (espinaca, brócoli, alcachofas y los calabacines). Asimismo, en las harinas de granos enteros (patatas, lentejas, frijoles etc.). priorizar el uso de estos teniendo en cuenta la cantidad de consumo.(45)

Diferencias en carbohidratos simples y complejas: Los hidratos de carbono complejos son de absorción lenta mientras los carbohidratos simples son de absorción rápida y causan niveles altos de glucosa. (44)

Ejecución de actividades físicas:

Se considera actividad física al conjunto de actividades realizados por el cuerpo con desgaste de energía, engloba serie de trajines incluyendo las actividades cotidianas, (caminar, tareas domésticas, jardinería, levantar cargar objetos etc.).(46)

Definición: la actividad física es el trabajo activo que se personaliza y se realiza constantemente. Se hace con actividades pasivos y repetidos, con el motivo de mantener y mejorar, situación física. La práctica regular de ejercicios mejora el estado personal, así como:

- ❖ Aumenta la latencia de inicio del sueño.
- ❖ Reduce la angustia, vigilia el abatimiento.
- ❖ Mejora la buena respiración y oxigenación en el torrente sanguíneo.

- ❖ Disminuye el envejecimiento.
- ❖ Disminuye la exposición de caídas.(47).
- ❖ A nivel cardiovascular: reduce la presión sistólica y diastólica, previene la obesidad, perfecciona el perfil de lípidos sanguíneos, mejora la resistencia a la insulina, disminuye el colesterol, disminuye las embolias y las trombosis.
- ❖ A nivel osteoarticular: facilita al movimiento de las articulaciones, detiene el decremento en la masa ósea, aumenta la solidez y flexibilidad, y disminuye fracturas.
- ❖ A nivel del bienestar: incrementa la producción de las endorfinas, aumenta la felicidad y fortifica la actividad intelectual, todo ello a la buena oxigenación del cerebro.

La finalidad del trabajo activo y ejercicios es garantizar que las personas conserven su dependencia por tiempos prolongados con una óptima capacidad funcional que intervienen diferentes sistemas (corazón, vasos sanguíneos, sistema respiratorio, sistema nervioso, musculo esquelético y el sistema endocrinológico).(48)

Caminatas: caminar es la actividad física en donde las personas realizan a diario y que representa un bajo costo económico, esto se puede hacer en todo momento, al ir de compras, o al trabajo, subir y bajar gradas, entre otras. En este sentido, está comprobado que las personas que más caminan tienen mejor calidad de vida. (49)

Manualidades domesticas: forman parte de la vejes dinámica y aportan numerosas ventajas de distintas formas. Restablece la incitación cognoscitiva, autoestima la psicomotricidad y promueve a interrelación entre

adultos, la preparación de cosas manualmente aumenta el estado físico de los adultos de la tercera edad, las actividades físicas son de utilidad para contrarrestar patologías como la artrosis ya que son diligencias que se realizan con las manos como el tejer cocer cocinar y mejoran los movimientos, evitando que pierdan fuerza, elasticidad y movilidad. El ánimo de seguir en actividad para los adultos mayores es mucho más fuerte cuando ven que a pesar de su edad, a un son útiles y pueden realizar trabajos manuales de forma precisa y aceptables, estas actividades lo pueden hacer en grupo de amigos adultos mayores en su defecto con otras personas de cualquier edad. (50)

Sedentarismo: la Real Academia Española define al sedentarismo somáticamente como una inactividad física menor a tres veces por semana e inferior a 30 minutos al día. La ausencia de esta actividad se estima uno de los primordiales factores de exposición a desarrollar una afección cardiovascular y metabólica. Es así que, se establece una relación directa entre el estilo de vida sedentaria, es un riesgo que se puede modificar. (51)

Asimismo, el sedentarismo provoca daños sumándose para complementar los impactos de otros factores de exposición como el sobrepeso, adiposidad, hipertensión arterial o colesterol etc. Se caracterizan habitualmente por ser obesos, fumadores y tener una alimentación desequilibrada. De este modo esta conducta encadena a toda acción que guarde tres particularidades.

- ❖ Poner en práctica en una postura reclinada o sentado.
- ❖ Que considere un consumo de energía bajo.
- ❖ Y que se haga cuando la persona está despierta.(52)

El sedentarismo, la inactividad física y la poca práctica de ejercicios son causa de padecer enfermedades como la hipertensión, la diabetes, hipercolesterolemia, etc. Y complicaciones posteriores una vez presente estas enfermedades. (53)

Adherencia al tratamiento:

La organización mundial de la salud determina la adherencia de acuerdo a la categoría del comportamiento de una persona, la coherencia con el uso de medicamentos, el mantener una alimentación buena o el cambio de estilos de vida que corresponda con las indicaciones determinadas con el especialista de salud. Como indica un informe nuevo la OMS, la deficiencia de adherencia es problema mundial de gran magnitud. (54)

Factores influyentes en la adherencia:

Según investigaciones el 30% de los pacientes que abandonan los medicamentos se debe a causas accidentales, por ejemplo, a la negligencia o la falta de capacidad para seguir la terapia; y el 70% de la ausencia de adherencia es la determinación del paciente. Evidentemente, una terapia es valioso, pero si el enfermo no consume no hay resultados.

La adherencia comprende diferentes conductas:

- ❖ Difusión y conservación plan de terapias.
- ❖ Presentarse a notificaciones de seguimiento.
- ❖ Manejo adecuado de la prescripción médica.
- ❖ Efectuar cambios adecuados en la forma de vida.
- ❖ Prevenir comportamientos negativos. (54)

Conforme a la Organización Mundial de Salud posee cinco medidas influyentes referente a la adherencia terapéutica:

Factor socioeconómico: entre ello predomina la indigencia, el acceso a una atención de salud y tratamiento, la ignorancia, convicciones culturales respecto a las patologías y terapia.

Factores asociados a la terapia: son barrios, los más significativos se asocian con la complejidad de la normativa médica, el tiempo de tratamiento, derrotas terapéuticas, sustituciones frecuentes en la terapia, efectos secundarios y la falta de apoyo y orientación del personal de salud.

Factor relacionado con el paciente: en este factor predomina la falta de recursos, sextas religiosas, nivel de instrucción, falta de impresión en la evolución de la patología, credulidad en el medico, la autoeficacia y bienestar emocional.

Factores asociados a la enfermedad: algunos determinantes de la adherencia al tratamiento son los vinculados a la severidad de los síntomas, el nivel de discapacidad, la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. El abatimiento es un componente relacionado con la ausencia de adherencia al tratamiento; por lo tanto, ante la primera suspicacia de una condición deprimente tener que efectuar una evaluación psicológica para emplear un tratamiento oportuno de esta manera reducir la falta de adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia médica: afecta a la adherencia al tratamiento; uno de ellos es: una inadecuada infraestructura y carencia de recursos en los centros asistenciales, profesionales de la salud

con remuneraciones pésimas y con carga laboral excesiva que dan lugar a consultas cortas y calidad y calidez desprovistos.

Se ve que la ausencia a la adherencia terapéutica se relaciona con el incremento de hospitalizaciones de pacientes.(54)

Consecuencias clínicas y económicas del incumplimiento: los resultados de la mala adherencia al tratamiento a largo plazo provocan resultados crónicos de debilidad y aumento de costos de los servicios médicos. A la larga compromete severamente la eficacia del tratamiento, por lo que es una dificultad médica fundamental para la población desde un punto de vista de la satisfacción personal. Las mediaciones dirigidas a desarrollar darían un amplio beneficio de la empresa a través de la evitación esencial y la anticipación auxiliar de los resultados de bienestar hostiles.(55)

Cumplimiento estricto con prescripciones médicas: son un mínimo de porcentaje de pacientes que cumplen estrictamente con las prescripciones médica. Dr. López Tricas menciona, que de 10 pacientes solamente cumple estrictamente 2 el resto toma solamente hasta conseguir mejoría y otros al no encontrar ningún cambio abandona sin dar chance al tratamiento así consiguiendo futuras complicaciones. (56)

Cumplimiento irregular de tratamiento e indicaciones: es la inhabilidad o resistencia de la persona a realizar correctamente con la totalidad los elementos de la terapia prescritas por el médico, cuando un tratamiento dura un largo periodo los pacientes se desinteresan o simplemente abandonan el tratamiento y solo toman cuando presenta alguna molestia. Estas conductas

son uno de los más grandes problemas en el control, puede provocar serias consecuencias.(57)

Incumplimiento del tratamiento e indicaciones: el no cumplir la terapia es el primer motivo de no obtener resultado de los fármacos, se halla en el principio de la dificultad médica y psicosocial de la enfermedad, disminuye la calidad de vida de la persona, incrementa la posibilidad de resistencia a los medicamento, estropea los medios asistenciales y finalmente lleva a consecuencias irreversibles como la muerte.(58)

Automonitoreo de glucosa:

Es un procedimiento que pacta el médico y el paciente, para conseguir información del estado metabólico en diversas situaciones, que sustente las decisiones inmediatas por parte del paciente y del personal de salud responsables a alcanzar el mejor control posible y al que debe acceder toda persona con diabetes con una indicación precisa. El autocontrol de la glicemia es indispensable en el cuidado de diabetes y ayuda a los usuarios a resolver y comprobar los niveles de glicemia. El objetivo de esta es verificar los precedentes del control de glicemia, plantear sugerencias para su uso y modificaciones en el tratamiento que deben llevar a cabo con esta referencia.(59)

Para que el paciente realice el autocontrol tendrá que ser capacitado por el personal de salud (manejo del dispositivo, valores normales de la glucosa, zonas y maneras de punción del dedo, cantidad de muestra a utilizar y la frecuencia que se deben realizar, las automedidas de la glucosa será establecido por el médico las veces y el horario del control será en función a la

terapia antidiabético, la costumbre en la alimentación, el ejercitar, el nivel de control al usuario, y el motivo de la glicemia que se pretende obtener. (60)

El autocontrol de glucosa se realizará tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Antes de los alimentos: el control se realizará principalmente antes del desayuno, el almuerzo, la cena y finalmente a las 2 de la madrugada esto contribuye a una referencia exacta dentro de las 24 horas del día. Será importante también el registro en un cuaderno los resultados de los análisis es fundamental confrontar los resultados con los parámetros normales para tomar medidas del caso (glicemia preprandial=70-130mg/dl; posprandial= menor de 180mg/dl glicemia al irse a cama 100-140mg/dl y en la madrugada 66-100mg/dl. Esto favorece a la persona a resolver y comprobar sus valores de glicemia en la sangre.(60)

Solo con exigencia: Los pacientes mayores, con menor capacidad intelectual, no suelen ser favorables, mientras que los pacientes en edad optima son conscientes de que es necesario realizar su autocontrol lo toman a la ligera su enfermedad y se controlan solo cuando quieren, Sin embargo, la relación entre control diabético y estrés resulta bastante compleja, por ello al no ver otra opción el paciente se ve en la necesidad de controlar su glicemia.(61)

No automonitoreo: los pacientes crónicos que conviven años con su enfermedad simplemente se dejan por vencidos y ya no les importa su salud es así que abandonan todo tratamiento y automonitoreo, a pesar de lo cual el personal de salud lucha para que estos tengan calidad de vida que les queda.(62)

Hábitos nocivos:

Para esta definición se hará mención a sustancias estimulantes y psicoactivas; según la Organización Mundial de la Salud, un estimulante es un narcótico que estimula la acción del sistema nervioso central causando la euforia, la desinhibición, menor dominio emocional, irritabilidad, agresividad e inquietud. La droga es un constituyente que, ingerido en el organismo por las distintas vías de administración, genera alteraciones de la función normal del Sistema Nervioso Central de la persona y produce dependencia psicológica, física o ambos. Los estimulantes más utilizados y accesibles son bebidas energéticas, cafeína, cigarrillos, alcohol, gaseosas etc. En tal sentido los hábitos nocivos son aquellas sustancias que ocasiona un deterioro persistente a corto o largo plazo, y pone en disposición de peligro de adquirir una patología grave (hipertensión arterial, obesidad diabetes mellitus, riesgo de cáncer al colon).(63)

Hábitos nocivos son varios, pero los que más resaltan son dos:

Hábitos tóxicos: producidos por el consumo de sustancias nocivas que aumentan el riesgo de sufrir un deterioro a nivel de los órganos internos. Entre ellas están las relacionadas con el uso del tabaco y el alcohol esto puede terminar en infecciones a nivel de las vías respiratorias y finalmente en cáncer, el uso frecuente conlleva a varias complicaciones severas que afecta físicamente e intelectualmente también al sistema digestivo por su gran extensión en la sociedad. Asimismo, el alcohol impide el trabajo de órganos importantes como el páncreas, y causa enfermedades como la diabetes. En el hígado puede producirse una cirrosis, al igual que una cicatriz que impide la capacidad de funcionar del hígado. (64)

Hábitos de peligro: aumenta la exposición a adquirir enfermedades por una mala forma de conducta opuesta sin interponerse a agentes tóxicos. (64)

Prevalencia de prácticas nocivos: las personas tanto adultas, adultos mayores, jóvenes y adolescentes que ingieren bebidas alcohólicas demuestran un amplio número de personas en las que 1 de cada 2 se toman licor una vez a la semana. Además 1 de cuatro personas fuma una cantidad normal de 10 cigarrillos al día. Se observa que el 34.46% de personas no dejan la costumbre mientras tanto el 65.54% de individuos lo hacen de vez en cuando. De ellos 47.05% de personas dejan por motivos de salud y 32.35% de personas por factores económicos. Se observa que 15.13% de personas no dejan el mal hábito ya que temen a subir de peso, 79.16% son femeninos y 35,71% son masculino. La bebida que más consumen es la cerveza. En 68.42% de sujetos donde 66.02% son varones. El consumo de alcohol y el afán de diversión se da en un 70.53% de personas. De ellos, 71.05% son mujeres. (65)

Causas de hábitos nocivos:

La Organización Mundial de la Salud realizó una lista con varias causas que traen graves consecuencias a nivel del sistema nervioso central.

El consumo de licor: el licor aniquila los órganos predominantemente el sistema sensorial, el hígado, el corazón, elimina las neuronas, disminuye la celeridad con la que comunica los impulsos nerviosos.

Fumar: El fumar disminuye la masa cerebral y el abastecimiento de oxígeno al cerebro, fomenta la aparición de nuevas enfermedades promueve la aparición de enfermedades neurodegenerativas, por ejemplo, el Alzheimer y dan lugar a las células cancerosas.

- ❖ Consumo alto de azúcares.
- ❖ El no tomar desayuno.
- ❖ Estar constantemente en lugares contaminados.
- ❖ El no descansar lo necesario.
- ❖ Excederse en la alimentación.
- ❖ El estrés y violencia.
- ❖ No hacer actividades físicas.
- ❖ Ausencia de estímulos mentales y ejercicios.(66)

Consecuencias de los hábitos nocivos: Los malos hábitos nocivos conllevan a problemas muy serios afectando a diferentes órganos a veces irreversibles, tiene consecuencias tanto agudas como crónicas. Estas son las afecciones que podría causar enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endocrinas, enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas. (67)

2.2.2 Enfermedades metabólicas:

2.2.2.1. Definición:

El síndrome metabólico (SM) no es una enfermedad, pero si una agrupación de problemas de salud causados por diferentes factores genéticos y factores asociados al estilo de vida en particular la sobrealimentación y la ausencia de actividad física. El abuso de grasa y la inactividad física facilitan la insulinoresistencia, pero algunas personas están genéticamente sujetas a padecerla. Debemos considerar que el síndrome metabólico puede estar presente en varias formas como la diabetes, obesidad, dislipidemia e hipertensión, todos estos factores de riesgo vascular bien documentados.(68)

Guardan un vínculo entre la obesidad abdominal y resistencia a la insulina se dice que la obesidad abdominal es uno de los factores de peligro que implica a provocar otras anormalidades en el síndrome. (69)

Fisiopatología de trastorno metabólico: la causa de este síndrome sigue en controversia. Sugieren que la funcionalidad se basa fundamentalmente a la resistencia de insulina, según el principio de un grupo de anomalías que forma el síndrome. Ahora deben aplicar por igual cualquiera de los factores del síndrome o tratar de estimar con causa general.(69)

La adiposidad ventral, trae consigo un incremento de la adiposidad visceral la acumulación se da mayormente en el hígado, músculos y páncreas, facilitando el desarrollo del síndrome. Esta grasa instintiva incluye la disposición en el tejido adiposo componentes químicos llamados adipoquinas, que abren la puerta a situaciones proinflamatorias y protrombóticas, y por lo tanto coadyuva a la resistencia de la insulina, hiperinsulinismo, el cambio en la fibrinólisis y desórdenes endoteliales. (69)

La adipoquina singularmente, la adiponectina, en contraste con el resto, se halla disminuido en esta situación, y esta condición se relaciona con niveles altos de triglicérido, decadencia de colesterol bueno, incremento de la lipoproteína y la presencia de partícula pequeña y denso de colesterol malo, coadyuvando a la situación aterotrombótica que sustituye el perfil inflamatorio de la adiposidad visceral. (69)

Etiología: el origen de este síndrome no se sabe con precisión, es preciso conocer los causantes que desencadena. Los más predominantes son:

obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cada uno de estos desencadena el SM.(70)

Epidemiología: a partir de la presencia del trastorno metabólico como una dificultad de salud, la circunstancia fue preocupante, razón por la se comienza diversos estudios para establecer la prevalencia en la población. (70)

La prevalencia aumenta con la edad, siendo del 24% a los 20 años, del 30% en los que tienen más de 50 años y más del 40% a partir de los 60años, esta prevalencia fluctúa según género se sitúa 15-40%. El número de habitantes en las nacionalidades latinoamericanas están llegando a niveles preocupantes, como Estados Unidos, donde alrededor del 25% de los pobladores es mayor de 20años que padece de síndrome metabólico, en Europa una de las investigaciones ejemplares es la de Bostonia donde se ve valores de 10%para damas y 15% para los masculinos, estos números se incrementaron a 42% en varones 64% mujeres cuando existe un desorden digestivo de hidrocarburos (glicemia, basal ajustado o resistencia a la glicemia modificada) y alcanza de 78-84% en los pacientes con diabetes mellitus. (70)

Diagnóstico: Para el diagnóstico del síndrome metabólico se emplea diversos parámetros clínicos, se nombrara los más utilizados según los estándares.(70)

Al considerar el diagnóstico del síndrome metabólico sugerir diferentes criterios. Los más utilizados son los que ponen en práctica, propuestos por la Organización Mundial de Salud (OMS de aquí en adelante) como estos la resistencia a la insulina, obesidad central (circunferencia abdominal >102cm en varones y >88cm en mujeres), perfil lipídico (Triglicéridos > o igual a150

mg/dl, colesterol bueno 40 mg/dl), presión arterial (130/85 mmHg), glucosa capilar (70- 110mg/dl).(70)

Tratamiento: El tratamiento primordial del SM es el cambio de estilos de vida, la alimentación adecuada y la actividad física, vigilancia rigurosa con las patologías ya diagnosticadas y evitar a los que podrían aparecer. Identificar también a las personas eminentemente expuestos para una intervención posible beneficiosa para él. (71)

Tratamiento no farmacológico: Es importante cambiar las maneras de vivir, ya que es fundamental para la vigilancia del síndrome metabólico, identificar a personas de alto riesgo para la intervención oportuna. El aumento de la actividad física y la reducción del peso corporal son necesarios tanto en la prevención como en el tratamiento. Una de las metas sugeridas actualmente es la disminución de peso de por lo menos un 7-10% en sujetos con un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m² en los primeros 6-12 meses. Una pérdida gradual adicional asociará más beneficios. Entre este tipo de tratamiento se considera los siguientes: actividad física, la dieta mediante la limitación calórica es la medida más eficaz en el tratamiento de la obesidad, es el pilar fundamental en el manejo del SM, y que debe estar siempre presente. (71)

Medidas farmacológicas: Con respecto al tratamiento farmacológico del SM, enfatizar que se unirá todos los fármacos implicados en el control de cada factor de riesgo por separado.(71)

Un punto a tomar en cuenta en este apartado es el tratamiento farmacológico de la obesidad. Este se valorará en pacientes con un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² y algún otro factor de riesgo asociado como HTA,

dislipidemia, o Diabetes Mellitus (DM de aquí en adelante). El fármaco que más eficacia tiene es la metformina de 850mg seguido de acarbosa de 50mg, y pioglitazona de 15mg en caso de diabetes mellitus, orlistat de 120mg tratamiento de obesidad con índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.(71)

2.2.2.2. Clasificación

2.2.2.3. obesidad

La adiposis es una patología recurrente degenerativo, multicausal y sistémica; la OMS determina como la retención enorme del tejido adiposo y aumento del peso corporal nocivo para la salud donde se considera los antecedentes genéticos y ambientales. La adiposis es una enfermedad dietética común que más se ve en los países industrializados.(72)

Fisiopatología: la unidad funcional del tejido adiposo es el adipocito encargado de guardar la energía en forma de triglicéridos en los cuerpos adiposos y desbloquear en casos de escasez energética. En un entorno de lipoinflamación, incremento en los niveles de leptina sérica junto con el descenso de la adiponectina se ve que no se compara con los grados de tejido adiposo. (73)

La célula libre del tejido graso también tiene la capacidad de emitir factores relacionados con el agravamiento, situación que será fundamental para decidir el trabajo del cambio en este microambiente con el contexto metabólico. (73)

Los lipocitos hipertrofiados presentaran una alteración en la funcionalidad distinguido por la pérdida de la capacidad de respuesta a la insulina, la hipoxia, expansión de los límites de la presión intracelular, incremento en la autofagia y apoptosis, así como el agravamiento del tejido. El tamaño

expandido del adipocito, junto con el estado inflamatorio asociado al mismo, limita su funcionalidad. El incremento de la circulación del ácido graso libre junto al factor inflamatorio, cambia sobre una circunstancia de resistencia a la insulina e inflamación local en una situación obstructiva de la insulina sistémicamente e inflamación crónica de nivel bajo. (73)

Epidemiología: La obesidad es un dilema cada vez más predominante como lo demuestra el siguiente dato:

En otros países el número de casos de obesidad incrementa del 3% a 30.9% en 40 años, influyendo en el 28% de los varones y 34% de mujeres.

En este sentido en los niños de más de seis años y en adolescentes, el grado de sobre peso aumenta significativamente triplicado en 4.6% a 15.5% en ese periodo. Mientras la obesidad mórbida incrementa en un 3% a 5%.

La OMS considera que la adiposidad, caracterizado por el índice de masa corporal mayor a 30kg/m^2 , influye en 302 millones de individuos en el mundo. Estados Unidos es el país con mayores casos alcanzando con cifras mayores a 50%. En Latinoamérica para el año 2025 Brasil alcanzaría a una cifra de aproximadamente 25% en tanto los otros países tendrán calidades moderadas. (74)

Etiología: la adiposidad es de causa multifactorial, donde se encuentran agentes hereditarios, dietéticos, neuroendocrinos, iatrogénicas, formas de vida, ambientes con predominio tales como la globalización, aspectos económicos, el mundo social político cultural y educación. Se determina que el sobrepeso es la consecuencia de una inestabilidad entre la ingestión de energía y consumo energético. Se ve como resultado una acumulación sucesiva de energía en forma de triglicéridos en los adipocitos. (72)

Clasificación: La obesidad se clasifica según:

Su etiología:

Obesidad primaria, idiopática o exógena: es el más común de la adiposis.

La etiopatogenia se desconoce.

Obesidad secundaria: se une a otra patología como el trastorno de hormonas (síndrome de Cushing, hipotiroidismo) y a obesidades asociadas a enfermedades genéticas. Otros medicamentos producen o empeoran la adiposis por ejemplo (antidepresivos, esteroides, insulina, anticonceptivos orales). (75)

Según su distribución de lípidos:

Androide: la acumulación de lípido se da a nivel del tronco y el abdomen, en forma de una manzana.

Ginecoide: la acumulación de grasa de este tipo es la región fémoro-glútea. En forma de una pera.(75)

Es la medida más utilizada y el límite sugerido para caracterizar el sobrepeso y para evaluar el riesgo de comorbilidad en comparación con la población sana. Tomando en cuenta el Índice de Masa Corporal (IMC de aquí en adelante) la adiposis se clasifica en grados como indica la OMS:

- ❖ Sobrepeso con IMC 25-28kg/m².
- ❖ Obesidad leve con IMC 28-30kg/m².
- ❖ Obesidad moderada con IMC 30-35kg/m².
- ❖ Obesidad mórbida con IMC mayor a 35kg/m².(75)

Según circunferencia de cintura: la circunferencia es un riesgo alto se estima un agente de riesgo independiente de algunas comorbilidades

siendo la circunferencia abdominal en varones >102 cm y mujeres >88cm.(75)

Diagnóstico: IMC es considerado como el medio más sencillo en la clínica, para diagnosticar la adiposidad se calcula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla m}^2$.(76)

Tratamiento: En caso de que el origen de la obesidad sea una patológica orgánica es evidente que será necesario un tratamiento etiológico. Si la obesidad es de causa nutricional, el enfoque terapéutico tendrá como objetivo la pérdida de peso y su mantenimiento a lo largo del tiempo. El objetivo del tratamiento será: bajar de peso, mantener un peso bajo a largo plazo, la meta inicial de disminución de peso es reducir un 10% del peso corporal. Esto se fundamenta en que un moderado descenso de peso puede disminuir significativamente la severidad de los factores de riesgo asociados a la obesidad. Se considera que un tiempo razonable para alcanzar esta pérdida de peso son seis meses de tratamiento. Resulta adecuado un descenso de 500 g a 1 kg por semana, lo cual implica un déficit calórico de 500 a 1000 kcal/día.(77)

Prevención de la obesidad: Establecer hábitos de vida saludables que beneficien no solo frente a la obesidad, sino que favorezcan también todos los aspectos relacionados con la salud. Se tendrá como objetivo adquirir buenos hábitos alimentarios y seguir un horario regular en la dieta familiar, realizar actividades físicas 30 minutos como mínimo, beber de 2 a 3 litros de agua durante el día. (72)

2.2.2.4. Diabetes mellitus:

La diabetes es una patología que influye de modo en que el organismo utiliza la glucosa, el principal tipo de cambio metabólico se distingue por

presentar valores altos de glicemia, debido a una deficiencia en la secreción de insulina o a un defecto en la acción de la misma. Asimismo, en la hiperglucemia se producen cambios en la digestión de proteínas y grasa. La hiperglucemia mantenida a largo plazo está relacionado con el daño como la confusión, alteración y falla de distintos órganos y estructuras como los riñones, los ojos el corazón y venas y capilares.(78)

Fisiopatología: habitualmente se imputa a la insulinoresistencia hepática y muscular, fundamentalmente es el responsable en la patogenia de diabetes. El incremento de la síntesis hepática de la glucemia y el descenso de la captación por el musculo llevan incrementos progresivos de glucosa. En las últimas investigaciones se demostró la participación de otros factores en la evolución de diabetes, como el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote del páncreas, riñón y cerebro. (79)

Etiología: En la diabetes mellitus, la descarga de insulina es inapropiado debido a que los pacientes desarrollaron resistencia a la insulina. La resistencia hepática impide a la insulina la eliminación de la obtención de glucosa hepática, y la fuerza alrededor de la insulina perjudica la asimilación periférica de glucosa. Este manejo da la oportunidad a la hiperglucemia preprandial y postprandial. (80)

La patogénesis es complicada: la hiperglucemia aparece cuando la emisión de insulina no puede volver a equilibrar la obstrucción de insulina. Además, hay pruebas de alteración en las células beta y la emisión de insulina inhabilitada, concluyendo daño al periodo principal de descarga de insulina a la luz de la mezcla de glucosa intravenosa, una deficiencia de descarga de insulina regularmente pulsátil, una expansión en la emisión de

proinsulina que denota una debilitación en el manejo de la insulina y una agresión del polipéptido amiloidea. Esta hiperglucemia deteriora la producción de insulina ya que las dosis elevadas glucemia desensibilizan a las células beta. Esta progresión suele requerir mucho tiempo a la vista de la obstrucción de insulina.(80)

La adiposidad y el incremento de peso son indicadores fundamentales de una resistencia de la insulina en la diabetes mellitus. Los dos se vinculan con ciertos determinantes genéticos, además se manifiesta en el efecto de la dieta, la actividad, ejercicios, y formas de vida. La imposibilidad de eliminar y descomponer el tejido graso aumenta la densidad plasmática de ácido graso libre que compromete e implica la conducción de glucosa estimulados por la insulina y la acción del glucógeno (sintasa muscular). (80)

Epidemiología: La diabetes comprende entre 85% y 95% de casos en países subdesarrollados, el mayor número de casos se ve en los países emergentes, suele diagnosticarse en fases avanzadas, por la que la preeminencia de complejidad es alta.

La preeminencia de nefropatía fluctúa entre 12% a 23%, retinopatía entre 16% a 21% y neuropatía 25% a 45%. Aproximadamente el 30% a 50% de pacientes no saben que tienen diabetes, este número de casos puede aumentar en un 100% en las regiones altas. El motivo fundamental de muertes en este tipo de pacientes es la cardiovascular de 70% a 80%. (81)

Actualmente alrededor de 5% de los adultos padecen diabetes mellitus. Esta cifra ascenderá a más de 6.3% constantemente en 2025. La lista de pacientes con diabetes cambia de acuerdo a zonas donde 7.9% se da en América de norte, 7.8% en Europa, 3.1% pacifico occidental y en América

latina entre 2 a 12%. La preeminencia global de diabetes en el reino unido se evalúa en un 7.0% de la población, antecedentes de 2015 el 0.22% se refiere a jóvenes de 20 años, 9.6% afecta a personas de 20 a 59 años y el 20.9% a adultos mayores de 60 años. Esta epidemia posiblemente se dé a causas que implican la etnia, cambios en el modo de vida y el decaimiento de la población. (81)

Clasificación de la diabetes:

Se clasificarse en cuatro categorías:

Diabetes mellitus tipo1: se caracteriza por la destrucción de las células beta, usualmente con carencia total de insulina.

Diabetes mellitus tipo 2: se manifiesta debido a una carencia gradual de la producción de insulina, además contra la base de una resistencia a la insulina.

Distintos tipos característicos de diabetes mellitus: se presenta por diferentes motivos como la falla genética, la acción de la célula beta o la función de la insulina, enfermedad del páncreas exocrino (fibrosis quística), tratamientos farmacológicos.

Diabetes gestacional: se reconoce por primera vez durante el embarazo; este tipo de diabetes es un cambio en el metabolismo de los carbohidratos y las hormonas placentarias causan niveles altos de azúcar en la sangre.(82)

Diagnóstico: el diagnóstico de diabetes se efectúa a través de una clínica minuciosa del paciente, el objetivo es determinar causas de peligro y formas de vida inapropiados, como la aparición de otras cualidades como la

hipertensión arterial, sobrepeso, y la obesidad. En general se basa de acuerdo a los siguientes criterios:

Glicemia plasmática en ayuna, dos determinaciones de glucemia igual o mayor a 126mg/dl hecho en dos distintos días.

Glucosa media al azar, una precisión de glucosa plasmática con un rango de mayor o igual a 200mg/dl más la disposición de síntomas clásicos de la diabetes (pérdida de peso, polifagia, polidipsia, poliuria).

Prueba de resistencia oral a la glucemia, dos determinantes de glucosa plasmática, dos horas post carga oral con 75gr de azúcar disuelto en 375ml de agua, = > a 200mg/dl efectuados en dos días distintos. Hemoglobina glicosilada estandarizado, dos determinantes con parámetro igual o mayor a 6.5% en distintos días. (82)

Signos y síntomas: Entre los signos y síntomas más característicos están pérdida de peso, polidipsia, polifagia y poliuria con presencia de cetonas, fatiga, irritabilidad, visión borrosa, Infecciones frecuentes, como infecciones en las encías o en la piel, e infecciones vaginales.(83)

Tratamiento: El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares, dieta, ejercicio físico, medicación y trae una perspectiva compleja con el objetivo de tratar y prevenir la diabetes y disminuir los riesgos cardiovasculares y sus complicaciones. Incluye intervención para mantener una vida saludable, orientación sobre la diabetes para el automonitoreo, terapias antidiabéticas y tratar factores de peligro de comorbilidad asociada. Las diversas condiciones de los individuos con diabetes, pueden esperar que se individualice los objetivos de restauración y la terapia farmacológica.

Tratamiento no farmacológico:

- ❖ Dieta. (verduras, frutas, proteínas, agua).
- ❖ Actividad física: (camitas, bicicletas, nadar).
- ❖ Beber agua.
- ❖ Pérdida de peso.

Tratamiento farmacológico:

- ❖ Insulinas:
 - ❖ Ultrarrápidas: (aspart, lispro, glusina) 3-4hrs.
 - ❖ Regular: cristalina 4-6hrs.
 - ❖ Intermedia: NPH 10-14hrs.
 - ❖ Acción prolongada: glargina, detemir 24hrs.
- ❖ Tabletas:
 - ❖ Metformina 850mg.
 - ❖ Glibenclamida 5mg.(84)

Prevención: La prevención de la diabetes mellitus puede resultar en beneficios significativos, como menor tasa de enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, ceguera y muerte prematura. La aparición de diabetes mellitus puede prevenirse mediante una serie de estrategias, que incluyen un programa intensivo de estilo de vida saludable (actividad física, alimentación saludable), reducción de peso en presencia de obesidad, cesación tabáquica. Estilo de vida saludable al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada con consejería y supervisión alimentaria especializada con el fin de reducir el desarrollo de diabetes. (84)

2.2.2.5. Dislipidemia:

Es un trastorno metabólico de lípido en la sangre caracterizado por niveles excesivamente elevados de colesterol, aumento de densidad de los triglicéridos, y acumulaciones inusuales de lipoproteína de alta densidad (HDL de aquí en adelante) y lipoproteína de baja densidad (LDL de aquí en adelante). Esta lipoproteína es una molécula fundamental para el transporte del lípido a manera de triglicéridos, fosfolípido, ésteres de colesterol, colesterol libre y las vitaminas liposolubles. Pueden provocar bloqueos en las venas que enmarcan los ateromas causando complicaciones cardiovasculares, con alta tasa de mortalidad. (85)

Clasificación: clínicamente y de acuerdo a los casos reiterativos de dislipidemia se clasifican en 4 grupos:

- ❖ Hipercolesterolemia con cifras altas LDL= >160mg/dl, TG normal <200mg/dl.
- ❖ Incremento combinado de colesterol y triglicéridos, cuando la densidad de triglicérido es una a dos veces alta que los de colesterol.
- ❖ El aumento aislado de triglicérido entre 300 y 800mg/dl, con niveles de colesterol normales o ligeramente elevados.
- ❖ Incremento regular de colesterol >300 o 400mg/dl y nivel muy alto de triglicéridos >800 o 1000mg/dl con plasma de aspecto limpémico. La patología coronaria se conecta con el proceso aterosclerótica.(86)

Causas: Son diferentes tipos, el origen se deba a razones genéticos, la mayor parte de causas se relacionan con hábitos inadecuados y dieta no saludable. Por consiguiente, el sedentarismo, dietas ricas en lípidos, tabaquismo, son factores de peligro para desarrollar la enfermedad. De

manera secundario puede manifestarse enfermedad como diabetes hipotiroidismo o adiposis.(87)

Colesterol malo, cuya función es transferir los lípidos por el torrente sanguíneo y dispensar a los tejidos. Aunque la circulación sea demasiado, se almacenan en la pared de los vasos sanguíneos, por ello el desarrollo de placas ateroscleróticas que obstruyen el flujo usual de la sangre y el tejido. Colesterol bueno, responsable de detener al colesterol malo que transita por el torrente sanguíneo y envía al hígado y cuida del organismo de los efectos dañinos. Entonces para prevenir la aterosclerosis se requiere tener el colesterol bueno alto y el colesterol malo bajo. (87)

Síntomas: el cuadro de dislipidemia no presenta síntomas. Usualmente lo detectan cuando la patología ya está bastante avanzada, presentando síntomas de las complicaciones asociadas a la enfermedad. Entre los más severos están el infarto cerebral, pancreatitis aguda, las enfermedades coronarias. (87)

Diagnóstico: el diagnóstico de dislipidemia se ve de acuerdo a los niveles séricos de colesterol total de colesterol malo, colesterol bueno y los triglicéridos teniendo como parámetros normales lo siguiente:

- ❖ Colesterol total = <200mg/dl.
- ❖ Colesterol HDL = >40mg/dl.
- ❖ Triglicéridos = <150mg/dl. (88)

Tomar énfasis en la valoración al iniciar la consulta con el paciente, esta valoración incluye lo siguiente: historia clínica y exploración física completa con la finalidad de hallar las siguientes patologías; enfermedad cardiovascular, antecedentes de muerte prematura con problemas

cardiovasculares, hipertensión arterial, pancreatitis, obesidad, dislipidemia, diabetes, síndrome metabólico y otras causas de peligro como el tabaquismo y alcoholismo. Se considera también el uso de medicamentos que alteran el nivel de lípidos. Asimismo, considerar factores colaterales de dislipidemia viendo la calidad de dieta y actividad física.(89)

Con cifras de 200 y 300mg/dl de colesterol es causado por el uso excesivo de grasa saturada, medicamentos y otros factores colaterales como la obesidad. Sin embargo, es necesario realizarse un examen de sangre que incluya colesterol total y triglicéridos para descartar dislipidemia en personas sanas se realiza a partir de 20 años, la importancia del tamizaje de dislipidemia es identificar el riesgo cardiovascular para el tratamiento oportuno. En personas más de 20 años sin síntomas, pero con colesterol total >230mg/dl se indagará y buscará una causa colateral que podría estar presente. (89)

Tratamiento: Terapia conductual

Tratamiento no farmacológico: consiste en dar una consejería con el objetivo de impartir información al usuario, referente a la enfermedad que presenta, la posible exposición y daño que pueda ocurrir; los resultados logrados al modificar las formas de vida tomando en cuenta los siguientes agentes nocivos; la dieta, actividades físicas, el tabaquismo y el consumo del alcohol. Informar también sobre el riesgo de enfermedades cardiovasculares y los beneficios y perjuicios dentro de 10 años. Mostrar cifras elevadas de casos globales y locales para que pueda ser consiente de sí mismo. Modificación en la dieta frecuencia de consumo diario llevar una alimentación saludable libre de carbohidratos, frituras, conservas,

azúcares entre otros alimentos dañinos. Incrementar verduras, frutas, cereales integrales y menestras. Realizar actividades físicas al menos dos veces por semana para prevenir la obesidad y complicaciones.(90)

Tratamiento farmacológico: Terapia farmacológica de uso frecuente son las estatinas (atorvastatina), se sugiere un control lipídico completo preprandial antes de iniciar la terapia, repetir con la muestra a los 3 meses y a los 12 meses del inicio del tratamiento.

El fármaco indicado es la Atorvastatina 20mg u otras estatinas, fibratos, ezetimiba, secuestradores de ácidos biliares. Niacina, ácido graso omega3, de alta intensidad que tengan el colesterol malo por encima de 190mg/dl. En las personas con una concentración de triglicéridos entre 150 mg/dl y 499 mg/dl programar control en 3 meses.(90)

Prevención de la dislipidemia: Perder peso hasta alcanzar un peso saludable, mantener una circunferencia de cintura menor de 90 cm en el varón, y menor de 80 cm en la mujer, modificación de la alimentación: aumentar el consumo de fibra soluble, disminuir el consumo de azúcares simples, sustituir los ácidos grasos trans y grasas saturadas por ácidos grasos poli y mono-insaturados, disminuir el consumo de colesterol (aumentar el consumo de pescado), aumentar la actividad física (caminar, correr, nadar, bicicleta, baile) de 30 a 60 minutos, al menos tres veces a la semana, en días no consecutivos, reducir el consumo de alcohol: la cantidad máxima permisible es una ración al día equivalente a 350 ml de vino o cerveza, o 30 ml de una bebida destilada y Eliminar el consumo de tabaco.(88).

2.2.2.6. Hipertensión arterial:

La hipertensión arterial es una patología crónica manifestado por el aumento de la presión arterial en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistente alta. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos arteriales al ser bombeado por el corazón.

La presión arterial (P/A de aquí en adelante) está concreto por el volumen de la sangre que el corazón bombea conforme el nivel de resistencia al flujo de la sangre en las arterias. Cuanto más sangre el corazón bombea y las arterias estén estrechas mayor será la presión arterial.(53)

Fisiopatología: la fisiopatología de la hipertensión es muy compleja. De manera sencilla, la presión arterial es un resultado del volumen sistólico y la resistencia periférica. Los sistemas reguladores de la presión arterial ejercen en distintos períodos. Los baro y quimiorreceptores reaccionan rápidamente mediante el sistema nervioso simpático, en cambio las reacciones hormonales y renales tardan en manifestarse.

La retracción del tejido muscular liso vascular depende del sodio. La célula muscular lisa posee un tono mayor, a más volumen intracelular de sodio se aumenta la reacción a agentes vasoactivos como la noradrenalina y la angiotensina. Dicha manifestación intracelular es codificada por bombas de intercambio iónico. (91)

Estos son las hormonas asociadas con la modificación de la presión arterial, asimismo se fusiona con el riñón. Desde el angiotensinógeno hepática, la actividad de la renina creada primordialmente por el riñón, producen angiotensina I, lo cual es catalizado por las enzimas de traducción de angiotensina II este junto a la endotelina la molécula con mayor acción

vasoconstrictora estimula la glándula suprarrenal y la producción y liberación de la aldosterona, lo cual favorecen en la absorción de sodio en el túbulo renal, aumentando el intercambio potasio sodio. (91)

Etiología: la correlación entre el cambio genético y causas ambientales como la tensión, la alimentación, actividades físicas coadyuvan al incremento de la HTA esencial. Estas interacciones originan los llamados fenotipo intermedio, estructura que decide al fenotipo final mediante el gasto cardiaco y la tensión vascular total. Los límites entre influencia de ambiente y los genes son confuso. De manera especial con el diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino este es un indicador de padecer hipertensión arterial en el futuro. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, papel de la genética en la hipertensión arterial.(92)

Epidemiología: de acuerdo al estudio el origen de muertes en Perú del 2000 a 2015, la valoración definido de mortalidad por patologías del sistema circulatorio en 2015 fue 85 decesos por cada 100 mil moradores, el cual en coherencia a la evaluación del 2000 demuestran una disminución de un 49%. La muerte por enfermedades hipertensivas cambio del décimo quinto lugar para el 2000 y décimo lugar para el 2015 y la tasa precisa de mortalidad cambio en porcentaje de 9.6% a 14.2% por cada 100 personas en esta misma etapa.

Según ENDES del 2017, la preeminencia de hipertensión arterial, de 15 años a más disminuyo de 14.8% a 13.6%, significa que más de tres millones de peruanos padecen de hipertensión arterial.

Los resultados dados por ENDES demuestran que del 2015 a 2017 solo 60% de pacientes hipertensos cumplieron con su terapia. También

demuestra que un 63.9% pacientes de 15 años a más con presión arterial alta obtuvieron su terapia finalizando los 12 últimos meses y en sectores urbanos indigentes de Lima, solo el 38.3% de personas con HTA son responsable de su situación, lo que significa que el 23.4% de personas con hipertensión reciben su terapia. (93)

Clasificación:

Hipertensión arterial primaria: se denomina presión arterial alta con una PA mayor de 140/90mmHg, sin causa reconocible. Aproximadamente el 95% de individuos padecen de hipertensión primaria.

Hipertensión arterial secundaria: es la presión arterial alta provocada por otra afección médica detectable. Puede ser causad por enfermedades que afectan a los riñones, las arterias, el corazón o el sistema endocrino. En Hipertensión grado I la sistólica es de 140-159 y la diastólica de 90-99, hipertensión grado II la sistólica 160-179 y la diastólica 100-109 y la hipertensión grado III la sistólica > a 179 y diastólica >109. (53)

Signos y síntomas: la hipertensión arterial es asintomático, en algunos casos en individuos jóvenes se puede dar palpitaciones y un poco de fatiga por el esfuerzo. La presión alta mantenida dará lugar a distintos síntomas según el sistema afectado, podemos encontrar síntomas inespecíficos como cefalea, vértigos, zumbido en los oídos y náuseas. (94)

Diagnóstico: para un buen diagnóstico tomar como referencia lo siguiente:

HCL: se toma en cuenta lo siguientes datos, agentes de peligro cardiovascular, precedentes familiares con problemas cardiovasculares, ver principalmente si hubo muerte por motivos cardiacos en familiares con parentesco de primer grado menores de 50 años, la alimentación y la acción

física. Existencia de otras patologías que agraven la situación hipertensiva como diabetes, nefropatías, el uso de fármacos que causan la HTA. La corroboración de la PA en cuatro semanas es fundamental para el diagnóstico de la HTA registrar los valores de cada control. Se tiene que hacer con persona sentada, con un brazo apoyado sobre la mesa al nivel del corazón y sin cruzar las piernas será previo descanso. (95)

Tratamiento: el objetivo de la terapia es evadir el incremento de la presión arterial y evitar deterioros del órgano diana. Control de peso índice de masa corporal menor a 30. Consumo de dieta saludable rica en frutas, vegetales, mínimo de grasas saturadas y una dieta hiposódica.

Realizar acción física mínimo treinta minutos al menos cuatro veces por semana. El abandono del consumo de bebidas alcohólicas es fundamental en la persona hipertensa. La disminución de alcohol en manera significativa disminuye las cifras sistólicas en un 4 a 6 mmHg.

- ❖ Terapia de la hipertensión con antiadrenérgicos:
- ❖ De acción central: clonidina 150mcg, metildopa 250mg.
- ❖ Bloqueadores alfa: prazosina 2mg, doxazosina 2mg, terazosina 5mg.
- ❖ Antagonistas periféricos: reserpina 0.25mg, guanetidina 4mg.
- ❖ Bloqueadores beta: atenolol 50mg, metoprolol 100 o 50mg, propranolol 40mg, etc.
- ❖ Bloqueadores alfa y beta: labetalol 100mg y carvedilol 12.5mg.(96).
- ❖ Hidroclorotiazida 12.5mg, Captopril 25mg, Enalapril 10mg, Nifedipino 30mg, amlodipino 5mg, Verapamilo 80mg, propranolol 10 y 40mg, metoprolol 100mg, losartan 50mg, Ácido acetilsalicílico 300mg.(96)

Prevención: Las medidas de prevención para evitar la HTA son: No fumar, evitar consumo excesivo de alcohol, evitar el sedentarismo y la obesidad. Realizar ejercicio de acuerdo al estado de salud y características físicas: caminar, bailar, evitar el ascensor y el automóvil, etc. Intentar tener un peso adecuado a la estatura, procurar tener una dieta ajustada a las necesidades de cada uno. Aumentar el consumo de legumbres, verduras, frutas y pescado azul. Disminuir el consumo de sal, café, grasas, carne roja, yemas de huevos, azúcar refinada. No abusar de alimentos precocinados, congelados o fritos, ni de aquéllos de escaso valor nutritivo o con grasas saturadas o hidrogenadas. Se prefiere el aceite de oliva y la leche desnatada. Dejar tiempo libre para el esparcimiento y para descansar, dormir las horas necesarias y en las mejores condiciones posibles. Ser positivo y con sentido del humor.(94)

2.3 Marco conceptual:

- 1) Estilos de vida: es el modo de vivir que se fundamenta en modelos de conductas reconocibles, definidos por la correlación entre cualidades individuales, la interrelación en la sociedad y las situaciones económicas y ambientales de la vida. (97)
- 2) Enfermedades metabólicas: es un grupo de factores de riesgo para diabetes mellitus, afección cardiovascular, distinguido por la disposición de obstrucción a la insulina y niveles altos de insulina agrupados con alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípido, números altos de presión arterial y adiposis.(98)

- 3) Hábitos nutricionales: son conductas responsables, agrupados y reiterativos que llevan a los individuos a elegir, y al consumo de alimentos, en reacción a una influencia social y cultural. (99)
- 4) Actividades físicas: Se define como a toda actividad del cuerpo generado por el sistema esquelético muscular que conlleva a un desgaste de energía. Se realiza de diferentes formas: como caminatas, bicicletas, actividades recreativas activas, también realizarse como parte del trabajo y de las labores en casa con o sin salario del hogar.(100)
- 5) Adherencia al tratamiento: Se define a la categoría de la conducta de un individuo de practicar una regla en la alimentación y realizar modificaciones en la forma de vida, de acuerdo a las indicaciones y sugerencias impartidas por el personal médico. (101)
- 6) Hábitos nocivos: Se define hábito nocivo a todo aquel que causa un mal persistentemente que dura corto o largo tiempo que pone en peligro de contraer una patología severa, entre ellos se hallan los relacionados con el uso de todo tipo de drogas, como el tabaco y el alcohol por la gran demanda de la colectividad. (102)
- 7) Automonitoreo de glucosa: se define automonitoreo de glucosa al control que realiza el paciente crónico diabético en su domicilio que permite evaluar la respuesta individual a la terapia, aportando un mejor control de las futuras complicaciones de la enfermedad.(103)
- 8) Obesidad: La obesidad es un trastorno de regulación de energía, con múltiples causas sistémicas, la OMS determina como un deposito inaudito de lípidos corporales que es dañino para la salud en el que se considera el dominios genéticos y ambientales. (104)

- 9) Diabetes mellitus: La diabetes es un grupo de afecciones metabólicas distinguido por la hiperglucemia y provocada por defectos en la secreción de insulina y la acción de la insulina o en ambos mecanismos. (105)
- 10) Dislipidemia: la dislipidemia es un grupo de enfermedades identificado por trastornos en la densidad de lípido en la sangre, que son elementos de los lípidos y proteínas circulantes, a un grado significativo de peligro para la salud. (106)
- 11) Hipertensión arterial: hipertensión arterial es una patología severa en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeado por el corazón. (107)
- 12) Alcohol: en un depresor del SNC, es decir, una droga que hace más lenta la actividad cerebral. Que cambia el estado de ánimo, el comportamiento y el autocontrol. Causa problemas con la memoria (pensar con claridad), asimismo afecta la coordinación y control físico. Además, tiene efectos secundarios con los órganos del cuerpo. Por ejemplo, eleva la presión arterial y la frecuencia cardíaca. (108)

CAPÍTULO III

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Existe una relación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

3.1.2 Hipótesis específicas

- ❖ El hábito nutricional está relacionado significativamente a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ La actividad física está relacionado significativamente a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ La adherencia al tratamiento está relacionado significativamente a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.
- ❖ El automonitoreo glucosa está relacionado significativamente a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

- ❖ El hábito nocivo está relacionado significativamente a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos de los consultorios externos del hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

3.2 Método

El presente trabajo de investigación fue de método o enfoque cuantitativo en consecuencia, hipotético deductivo.

3.3 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue retrospectivo y transversal.

3.4 Nivel o alcance de investigación

El nivel de esta investigación es correlacional analítico.

3.5 Diseño de investigación

Fue una investigación de tipo no experimental, ya que no se manipuló ninguna de las variables en forma intencional, se describió el comportamiento de las variables tal como se presentó en el contexto de los hechos.

3.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DIMENSIONES	INDICADORES	ES.DE MED
V.1 Estilos de vida.	Estilos de vida es la forma, manera de ser, reflejado en el contexto de la conducta, fundamentalmente en el habito de vivir, de alimentación.(109)	Hábitos nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Balanceada. • Alimentación con predominio en carbohidratos. • Alimentación con predominio en carnes rojas. 	Nominal
		Ejecución de actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades físicas (caminatas, barrer, actividades agrícolas livianas). • Manualidades domesticas (tejer, coser). • Sedentarismo. 	
		Adherencia al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento estricto con prescripciones médicas (Tiempo, vía, dosis, asistencia a controles). • Cumplimiento irregular de tratamiento e indicaciones. • Incumplimiento de tratamiento e indicaciones. 	

		Automonitoreo de glucosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de los alimentos y 2 am. • Solo con exigencia o se acuerda. • No auto monitoreo. 	
		Hábitos nocivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Tabaco. • Energizantes. 	
V2. Enfermedades metabólicas.	La enfermedad metabólica es un conjunto de patologías originado por distintos factores. Se debe considerar, que este síndrome puede estar presente de varias formas como la diabetes, obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial.(110)		<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad. • Diabetes mellitus. • Dislipidemia. • Hipertensión arterial. 	Nominal

3.7 Población, muestra y muestreo

3.7.1 Población

La población de estudio estuvo integrada por 150 usuarios entre varones y mujeres mayores de 18 años que acuden para su atención al Hospital Diospi Suyana de Curahuasi.

3.7.2 Muestra

La muestra fue conformada por el 100% de la población por lo que es tipo censo, considerando que el tamaño de la población es pequeño numéricamente.

3.7.3 Tipo de muestra

El tipo de muestra es no probabilístico, ya que se consideró el 100% de la población, para determinar el tamaño no se utilizó ninguna fórmula, desconociéndose el margen de error.

3.7.4 Muestreo

Fue un muestreo tipo censo por considerarse el 100% (150 usuarios) de la población.

3.8 Técnicas e instrumentos

3.8.1 Técnicas

Se empleó la técnica de la observación y la encuesta.

3.8.2 Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizó, fueron una ficha de observación y cuestionario de preguntas estructuradas de acuerdo a la operacionalización de variables.

3.9 Consideraciones éticas

Par la ejecución de este trabajo de investigación, se contó con la autorización documentada de la directora del departamento de Enfermería y del sub director del hospital Diospi Suyana en los que se realizó el trabajo, con el cual se tuvo acceso a las historias clínicas de cada uno de los integrantes de la muestra. Asimismo, se realizó el consentimiento informado a cada uno de los usuarios para la aplicación de la encuesta.

3.10 Procedimiento estadístico

El procesamiento de datos obtenidos, a través de los instrumentos, se realizó en el programa informático SPSS versión 25, que están habilitados en las tablas, cuyos resultados se analizaron y discutieron, luego se contrastaron las hipótesis y finalmente se obtuvo las conclusiones.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 Resultados

- 2 Tabla1: Síndrome Metabólico Relacionado a Hábitos Nutricionales en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

Síndrome Metabólico	Hábitos Nutricionales	Alimentación Balanceada		Alimentación con predominio en Carbohidratos		Alimentación con predominio en Carnes Rojas		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Obesidad		2	3.9	3	4.5	4	12.1	9	6
Diabetes Mellitus		27	52.9	44	66.7	13	39.4	84	56
Dislipidemia		1	2	5	7.6	4	12.1	10	6.7
Hipertensión Arterial		21	41.2	14	21.2	12	36.4	47	31.3
Sub Total		51	100	66	100	33	100	150	-
Total		51	34	66	44	33	22	150	100

Fuente: Encuesta aplicada a Usuarios diabéticos en el Hospital Diospi Suyana-Curahuasi.

En la tabla N°01 se observa que el 44% del total de los usuarios encuestados refieren alimentarse predominantemente a base de carbohidratos, de ellos el 66.7% padecen de Diabetes mellitus, seguido por 21.2% que sufren de Hipertensión Arterial, así mismo observamos que el 7.6% presentan dislipidemia y finalmente el 4.5% tienen Obesidad.

Por otra parte, observamos que el 34% del total refieren alimentarse en forma balanceada; de ellos el 52.9% padecen de diabetes mellitus, el 41.2% sufren de

hipertensión arterial, el 3.9% presenta obesidad y finalmente el 2 % presentan dislipidemia.

Así mismo se ve que el 22% del total de usuarios encuestados manifiestan consumir alimentos predominantemente a basa de carne roja; de ellos el 39.4% padecen diabetes mellitus, el 36.4% sufren de hipertensión arterial, el 12.1% de usuarios tienen obesidad, y otros 12.1% tienen dislipidemia.

Del total de 100% de los usuarios el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial, y el 6.7% presentan dislipidemia, finalmente el 6% sufren de obesidad.

Estos resultados nos demuestran que la mayor parte de usuarios sufren del Síndrome Metabólico se alimentan predominantemente a base de carbohidratos, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus; esto se debe al excesivo consumo de carbohidratos porque estos se descomponen en glucosa. Para ser absorbido en la sangre, y con la opitulación de la insulina (hormona) se remite a la célula del cuerpo, lo cual es utilizado para producir energía. En los individuos con diabetes tipo I, el páncreas disminuye la cantidad de producir insulina. En cambio, en los que padecen de diabetes tipo II el organismo no logra replicar con normalidad a la insulina que produce. En conclusión, la glucosa no puede entrar normalmente a las células en ambos casos; por ello el nivel de glucemia es muy alta.(1)

Tabla 2: Síndrome Metabólico relacionado a ejecución de actividades físicas en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

Actividades Físicas Síndrome Metabólico	Actividades físicas		Manualidades domesticas		Sedentarismo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Obesidad	4	6.1	4	7.1	1	3.6	9	6.0
Diabetes mellitus	37	56.1	33	58.9	14	50.0	84	56.0
Dislipidemia	4	6.1	6	10.7	0	0	10	6.7
Hipertensión arterial	21	31.8	13	23.2	13	46.4	47	31.3
Sub total	66	100	56	100	28	100	150	-
Total	66	44	56	37.3	28	18.7	150	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarios diabéticos en el Hospital Diospi Suyana Curahuasi.

En la tabla N°02 se observa que el 44% del total de los usuarios encuestados refieren realizar actividades físicas, de ellos el 56.1% sufren de Diabetes mellitus, seguido por 31.8% que sufren de Hipertensión Arterial, así mismo observamos que el 6.1% están con obesidad y finalmente otros 6.1% tienen dislipidemia.

Por otra parte, observamos que el 37.3% del total indican realizar manualidades domesticas en el hogar; de ellos el 58.9% padecen de diabetes mellitus, el 23.2% sufren de hipertensión arterial el 10.7% tienen dislipidemia finalmente el 7.1% presentan obesidad.

Así mismo se ve que el 18.7% del total de usuarios encuestados no realizan ninguna actividad (sedentarismo); de ellos el 50% padecen diabetes mellitus, el 46.4% sufren de hipertensión arterial, el 3.6 0% de usuarios tienen obesidad, en este rubro se ve que ninguno tiene dislipidemia o sea el 0% de pacientes.

Del total de 100% de los usuarios el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial, y el 6.7% presentan dislipidemia, finalmente el 6% sufren de obesidad.

Estos resultados nos demuestran que la mayor parte de los usuarios sufren del Síndrome Metabólico realizan actividades físicas de diferentes maneras, el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus.

Cuando ya se sufre de diabetes mellitus realizar actividad física puede ayudar a controlar de esta manera el cuerpo es tan perceptible a la insulina y permite que la célula de organismo use la glucosa en el torrente sanguíneo para generar energía, el cual contribuye a mantener bien la diabetes.

Durante la acción física, el cuerpo incrementa el gasto de oxígeno de forma notable, el gasto mucho más grande es en los músculos que están en función. Los parámetros de glucemia en la sangre son conservados de manera apropiado en el transcurso de la acción física en conclusión realizar actividad física restablece la susceptibilidad de la insulina, lo cual reduce los niveles altos de insulina basal y posprandial, incrementa la acción de glucemia por el sistema muscular esto coadyuva a prevenir niveles altos de glucosa y disminuye el requerimiento diario de insulina o la cantidad de antidiabéticos o normoglicemiantes por vía oral. (2)

Tabla 3: Síndrome Metabólico relacionado a Adherencia al Tratamiento en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

Síndrome Metabólico	Adherencia al tratamiento		Cumplimiento estricto con prescripciones médicas		Cumplimiento irregular de tratamiento e indicaciones		Incumplimiento de tratamiento e indicaciones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Obesidad	5	6.4	3	5.7	1	5.3	9	6.0		
Diabetes mellitus	49	62.8	27	50.9	8	42.1	84	56.0		
Dislipidemia	4	5.1	6	11.3	0	0	10	6.7		
Hipertensión arteria	20	25.6	17	32.1	10	52.6	47	31.3		
Sub total	78	100	53	100	19	100	150	-		
Total	78	52	53	35.3	19	12.7	150	100		

Fuente: encuesta aplicada a usuarios diabéticos en el Hospital Diospi Suyana Curahuasi.

En la tabla N°03 se observa que el 52 % del total de los usuarios encuestados refieren cumplir estrictamente con las prescripciones médicas, de ellos el 62.8% padecen de Diabetes mellitus, seguido por 25.6% que sufren de Hipertensión Arterial, así mismo observamos que el 6.4 % presentan obesidad y finalmente el 5.1% padece de dislipidemia.

Por otra parte, observamos que el 35.3 % del total refieren cumplir irregularmente el tratamiento y las indicaciones médicas; de ellos el 50.9% padecen de diabetes mellitus, el 32.1% sufren de hipertensión arterial, el 11.3% tienen dislipidemia, finalmente el 5.7 % presentan obesidad.

Así mismo se ve que el 12.7 % del total de usuarios encuestados no cumplen con el tratamiento e indicaciones médicas; de ellos el 52.6 % padecen de hipertensión arterial, el 42.1 % sufren de diabetes mellitus, el 5.3 % de usuarios tienen obesidad, y 0% de pacientes con dislipidemia.

Del total de 100% de los usuarios el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial, y el 6.7% presentan dislipidemia, finalmente el 6% sufren de obesidad.

Estos resultados nos demuestran que la gran parte de individuos tienen Síndrome Metabólico y cumplen estrictamente con las prescripciones médicas, y el problema metabólico que más padecen es diabetes mellitus; esto significa que la falta de información de terapias indicada conllevaría a graves problemas. Realmente el no cumplir con la terapia indicada es el origen del abandono de diferentes terapias. Este descuido del cumplimiento de la medicación trae consecuencias económicas, dificultades en la condición de vida las personas.

La adherencia terapéutica es primordial para la prosperidad de la medicación, manteniendo un efecto estimable en la vigilancia de glucemia y los efectos clínicos. Los individuos que cumplen estrictamente con sus terapias farmacológicas muestran cifras adecuadas de hemoglobina glicosilada, y tienen muy poco riesgo de hospitalizarse, disminución de la mortalidad y menos gasto clínico. (3)

Tabla 4: Síndrome Metabólico relacionado a Automonitoreo de Glucosa en usuarios Diabéticos de los consultorios externos de Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

Automonitoreo de glucosa	de Antes de los alimentos y 2 am		Solo con exigencia o se acuerda		No auto monitoreo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Síndrome metabólico								
Obesidad	4	6.3	1	2.1	4	10.0	9	6.0
Diabetes mellitus	33	52.4	33	70.2	18	45.0	84	56.0
Dislipidemia	8	12.7	2	4.3	0	0.0	10	6.7
Hipertensión arterial	18	28.6	11	23.4	18	45.0	47	31.3
Sub total	63	100	47	100	40	100	150	-
Total	63	42	47	31.3	40	26.7	150	100

Fuente: encuesta aplicada a usuarios diabéticos en el Hospital Diospi Suyana Curahuasi.

En la tabla N°04 se observa que el 42% del total de los usuarios encuestados refieren controlarse la glucosa antes de los alimentos, de ellos el 52.4% padecen de Diabetes mellitus, seguido de 28.6% que sufren de Hipertensión

Arterial, así mismo observamos que el 12.7% presentan dislipidemia y finalmente el 6.3% tienen Obesidad.

Por otra parte, observamos que el 31.3 % del total mencionan controlarse solo cuando se acuerdan o cuando les exige el familiar alimentarse; de ellos el 70.2 % padecen de diabetes mellitus, el 23.4% sufren de hipertensión arterial, el 4.3% con dislipidemia p y finalmente el 2.1 % presentan obesidad.

Así mismo se ve que el 26.7 % del total de usuarios encuestados refieren no controlarse la glucosa (no automonitoreo) por el temor al dolor; de ellos el 45.0 % padecen diabetes mellitus, y otros 45.0 % sufren de hipertensión arterial, el 10.0 % de usuarios tienen dislipidemia, y el 0.0 % no son obesas.

Del total de 100% de los usuarios encuestados el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial, y el 6.7% presentan dislipidemia, finalmente el 6.0 % sufren de obesidad.

Estos resultados nos demuestran que casi todas las personas sufren de Síndrome Metabólico se auto monitoreaban la glucosa antes de los alimentos y dos horas después, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus.

El auto controlarse es un elemento fundamental para obtener resultados de control y descartar híper o hipoglicemias en las personas que consumen antidiabéticos orales y/o insulinas. Se realiza de acuerdo al requerimiento y objetivo de cada persona, esto facilita a la persona realizar modificaciones en la dieta, actividad física o dosis de medicamentos, y la valoración a largo plazo; se guía en el efecto, en la estabilidad, en el progreso del desarrollo mediante la instrucción. Con los resultados obtenidos se valora el control general de la glucemia y el peligro de complejidad en el transcurso de semanas o meses.

En principio todo individuo con diabetes tiene que auto monitorearse su glucosa para mantener una buena monitorización de esta manera prevenir o retrasar complicaciones severas. (4)

Tabla 5: Síndrome Metabólico relacionado a Hábitos Nocivos en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

Hábitos nocivos síndrome metabólico	Alcohol		Tabaco		Energizantes		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Obesidad	5	9.1	1	5.6	3	3.9	9	6.0
Diabetes mellitus	36	65.5	8	44.4	40	51.9	84	56.0
Dislipidemia	5	9.1	0	0.0	5	6.5	10	6.7
Hipertencion arterial	9	16.4	9	50.0	29	37.7	47	31.3
Sub total	55	100	18	100	77	100	150	
Total	55	36.7	18	12	77	51.3	150	100

Fuente: Encuesta aplicada a Usuarios diabéticos en el Hospital Diospi Suyana-Curahuasi.

En la tabla N° 05 se observa que el 51.3 % del total de usuarios encuestados refieren consumir energizantes, de ellos el 51.9 % padecen de Diabetes mellitus, seguido de 37.7 % que sufren de Hipertensión Arterial, así mismo observamos que el 6.5 % presentan dislipidemia y finalmente el 3.9 % tienen Obesidad.

Por otra parte, observamos que el 36.7 % del total consumen alcohol; de ellos el 65.5 % padecen de diabetes mellitus, el 16.4 % sufren de hipertensión arterial, el 9.1 % con dislipidemia y finalmente el 9.1 % presentan obesidad.

así mismo se ve que el 12 % del total de usuarios encuestados refieren fumar cigarrillos (tabaco); de ellos el 50.0 % sufren de hipertensión arterial, y el 44.4 % padecen de diabetes mellitus, el 5.6 % de usuarios tienen obesidad, y el 0.0 % no tienen dislipidemia.

Del total de 100% de los usuarios encuestados el 56% padecen de diabetes mellitus, el 31.3% sufren de hipertensión arterial, y el 6.7% presentan dislipidemia, finalmente el 6.0 % sufren de obesidad.

Estos resultados nos demuestran que buena parte de usuarios padecen de Síndrome Metabólico consumen energizantes, y el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus.

Los usos en exceso de estos productos conllevan a riesgos de corto plazo, como palpitaciones, taquicardia y aumento de la presión arterial. Diferentes estudios refieren que el uso a largo plazo se relaciona con patologías severas, como la adiposis, diabetes, problemas cardiovasculares, tomando otras causas propensas como la diabetes. Estudios realizados en Canadá demuestran que el consumo de bebidas energéticas inhibe la capacidad de respuesta del organismo ante una alta carga de azúcar, pudiendo generar de esta manera una "resistencia a la insulina". Los energizantes presentan metilxantina, hidratos de carbono, taurina. La gran parte del efecto estimulante son a costa de altas condensaciones de cafeínas. Estos incrementan el riesgo de intoxicación. Se han manifestado casos de arritmias, infartos cardiacos. Además, la mezcla con alcohol aumenta los daños relacionados con la intoxicación alcohólica.(5)

GRÁFICOS DE BARRAS

Figura 01: Hábitos Nutricionales relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

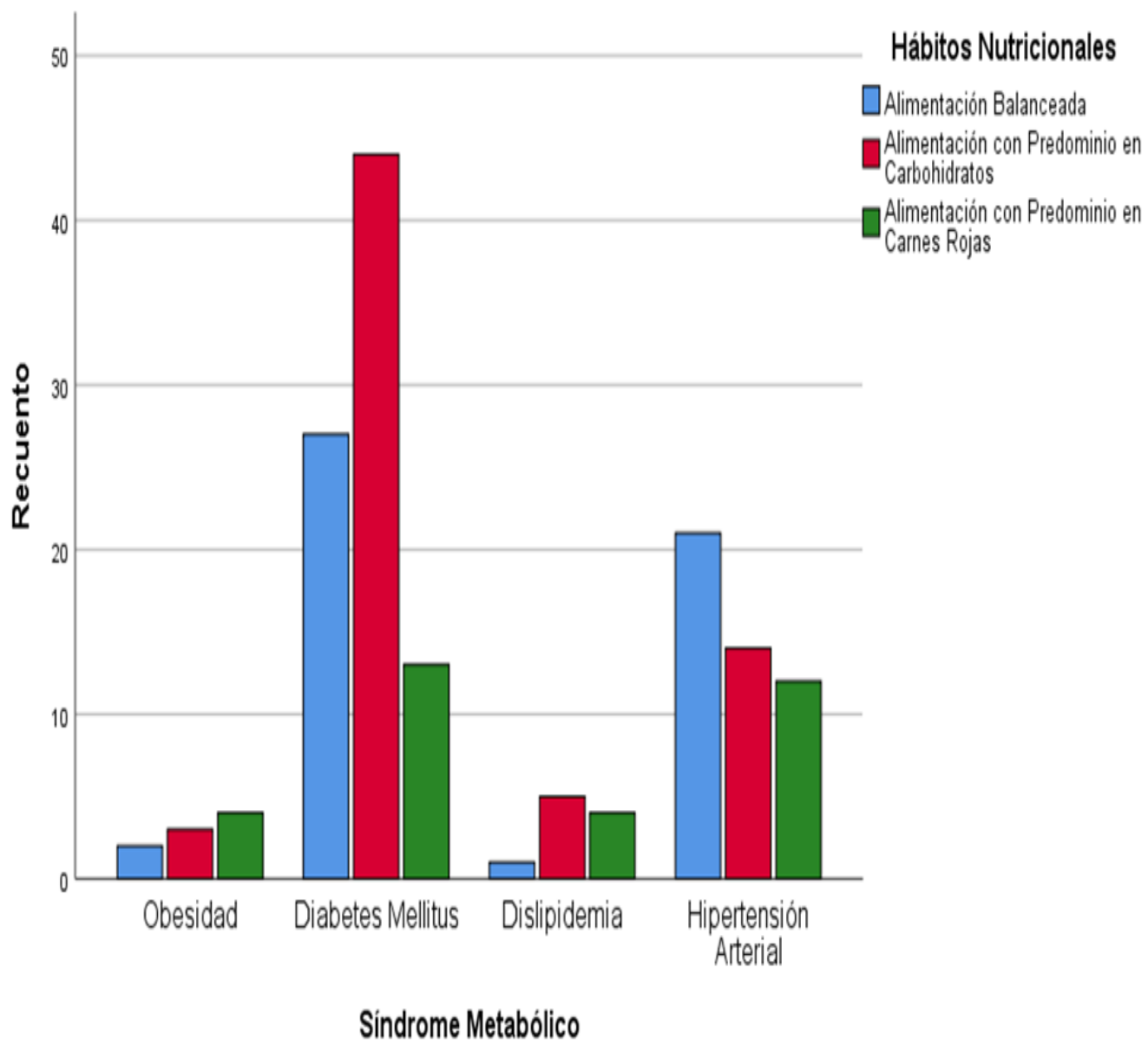


Figura 02: Ejecución de actividades físicas relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

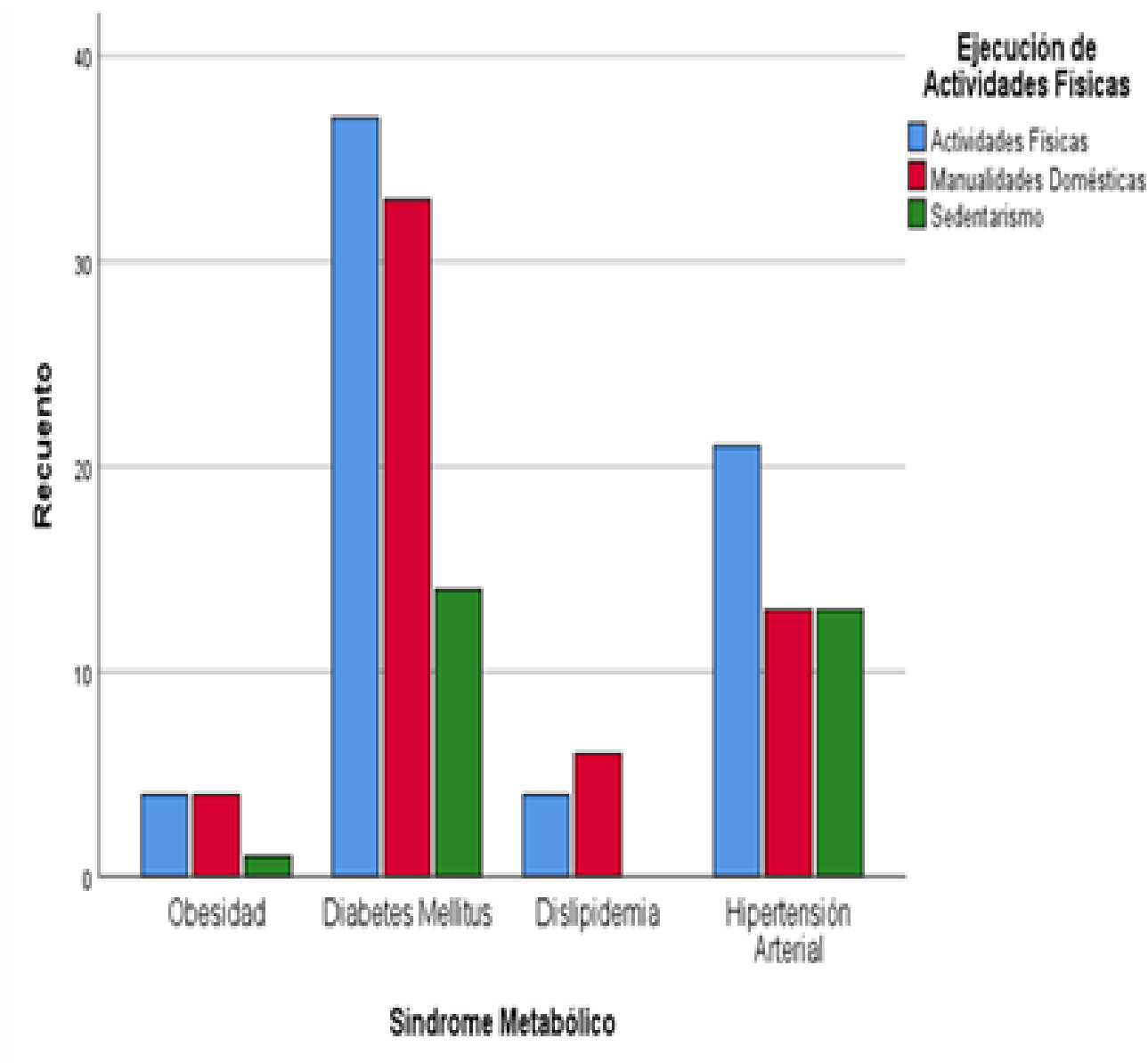


Figura 03: Adherencia al Tratamiento relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

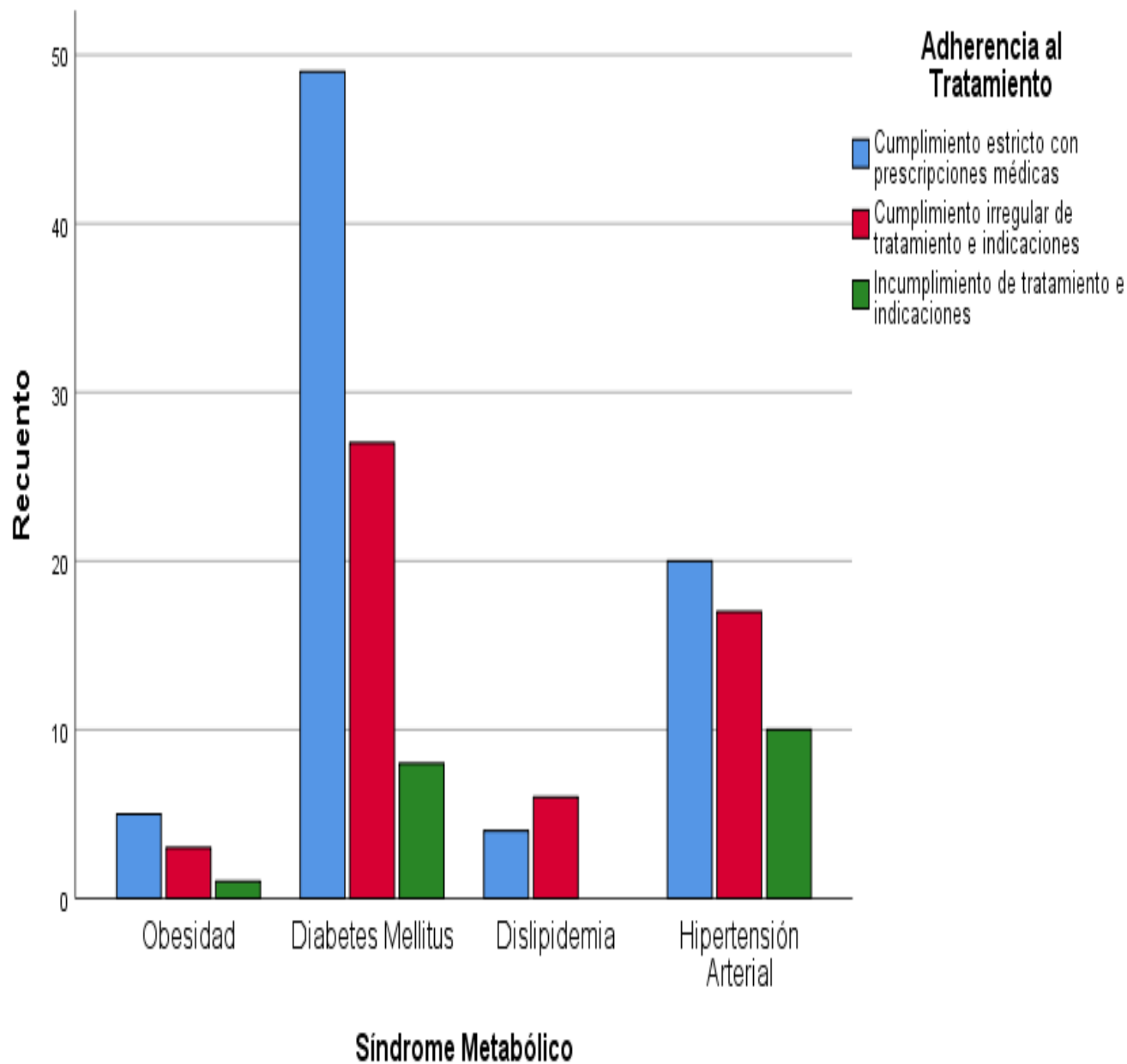


Grafico 04: Automonitoreo de Glucosa relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.

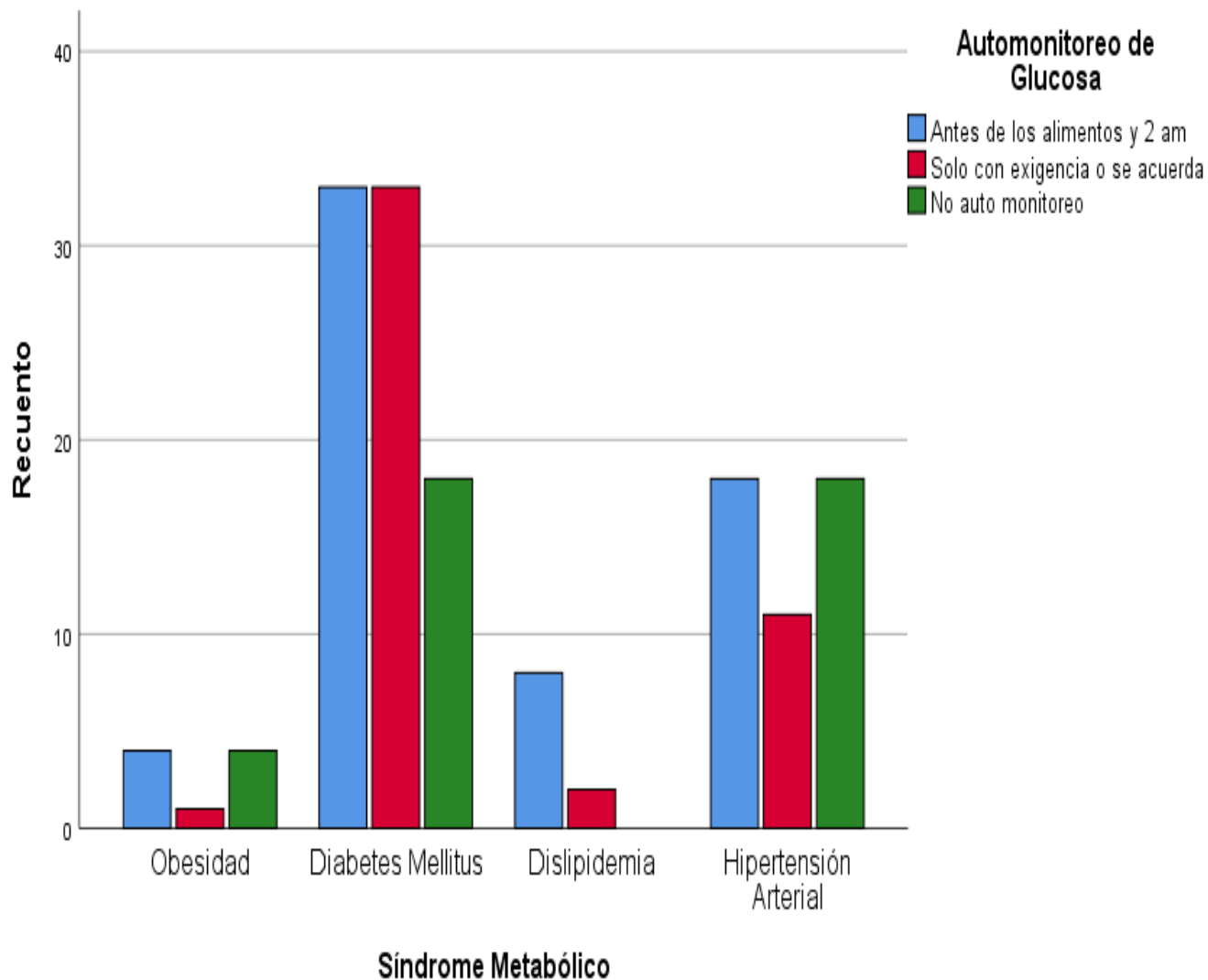
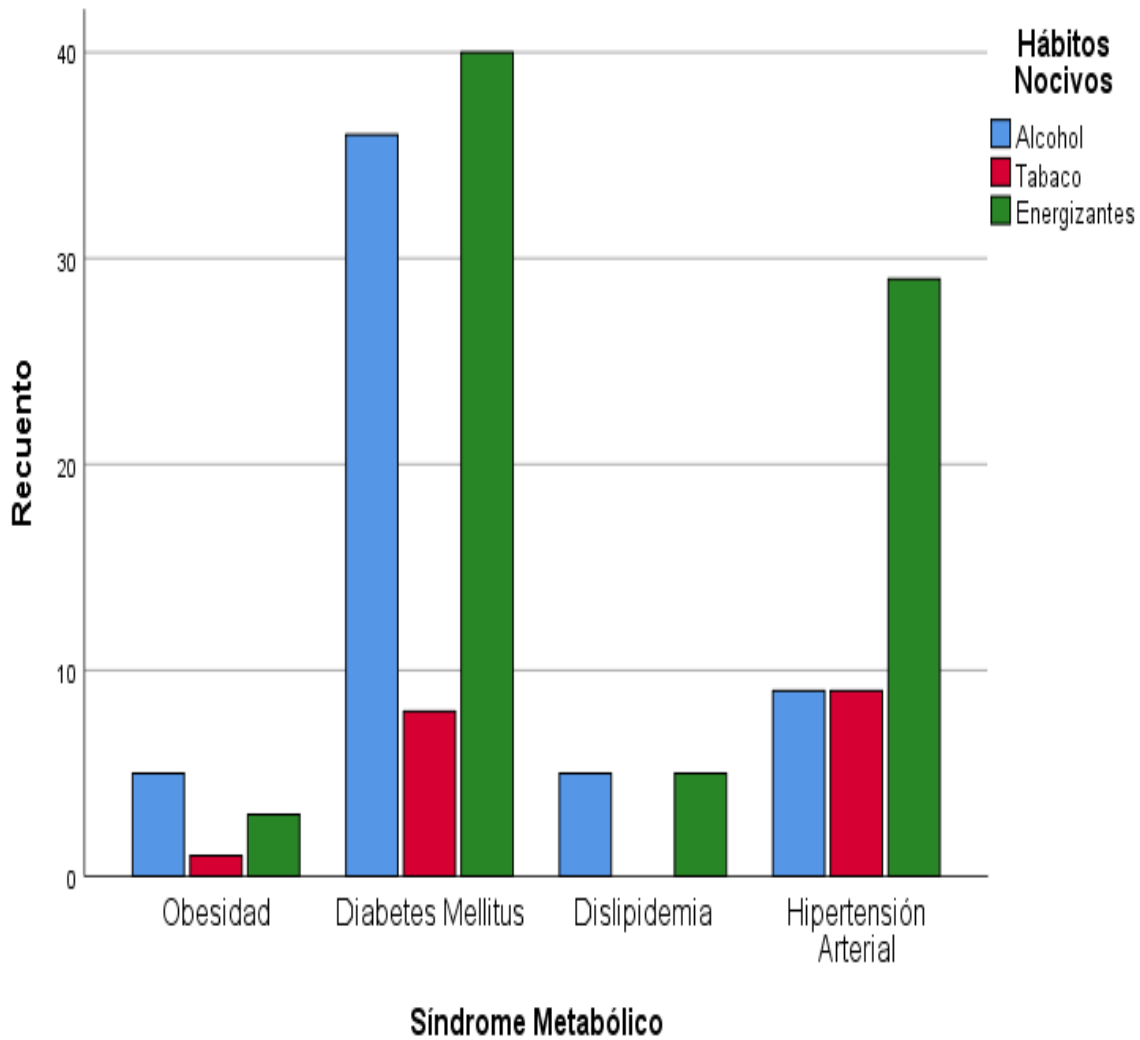


Figura 05: Hábitos Nocivos relacionado a síndrome metabólico en usuarios Diabéticos de los consultorios externos del Hospital Diospi Suyana Curahuasi 2021.



4.2 Discusión de Resultados

Tabla N° 01 hábitos nutricionales.

Rafael Prado Prado et al, en un estudio realizado en Docentes de una Universidad de Ica, vio un 6% de preeminencia de diabetes mellitus y aproximadamente 63% siguen una alimentación influyente en hidratos de carbono, concluyeron que si existe una relación con el diagnóstico de diabetes mellitus, gran parte de los profesores en observación fueron varones, resaltó el personal con más de 60 años de edad con estados de adiposis, casi todo los profesores practican una alimentación predominante en hidratos de carbono.(6)

El resultado de esta investigación concuerda con los resultados encontrados en el presente análisis, ya que el hallazgo en este estudio muestra que la mayor parte de usuarios que sufren de Síndrome Metabólico se alimentan predominantemente a base de carbohidratos, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus; esto se debe al excesivo consumo de carbohidratos, el carbohidrato hace que el cuerpo descomponga la mayoría de estos en glucosa.

Tabla N° 02 actividad física.

Yuri Arnold Domínguez en un estudio realizado en la ciudad de la Habana Cuba observó en las personas en estudio que 24.9% mantenían un grado de acción física bajo. Hubo una adecuación negativa rentre el nivel de acción física y la edad, y positivo con el peso del cuerpo. El grado de acción física baja fue poco frecuentes en los individuos de 60 a 79 años de 59.7%, mientras tanto el nivel alto fue en los individuos de 40 a 59 años de 61.3%. Las personas con un único familiar de primer nivel diabético fueron más relevantes en el grado de la acción física con 75%. No hubo relación entre el nivel de acción física y el porcentaje de la complejidad

diabética. Concluyendo que el grado de actividad física de los individuos con diabetes mellitus fue alto, de manera parecida al de los habitantes cubanos se agrupó con la edad, los precedentes familiares con diabetes y el incremento del peso. (7)

El resultado de este estudio coincide con el trabajo del presente análisis, ya que la evidencia en este estudio muestra que la gran parte de los usuarios que tienen Síndrome Metabólico realizan actividades físicas, el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus, realizar actividad física mejora la sensibilidad de la insulina.

Tabla N° 03 adherencia al tratamiento.

Gonzales Gálvez Deysi Lizbeth en un estudio realizado observó en su resultado: en la variable adherencia terapéutica cumple el 79% y sobre la dimensión tratamiento higiénico- dietético cumple a veces el 67%, la dimensión terapéutica farmacológica cumple a veces con 56% y en la dimensión terapéutica de la relación personal salud-enfermedad cumplen a veces con 61%. La variable estilos de vida es poco beneficioso para la salud en 59%, la dimensión entorno familiar es poco beneficioso con 53%, la dimensión hábitos de vida es poco beneficioso para la salud con 40%, la dimensión descanso es poco beneficioso para la salud con 48% y la dimensión personal es poco beneficiosa para la salud con 50%. Conclusión: en la conexión adherencia de la terapia con la forma de vida de los individuos con diabetes mellitus en Tarma encontraron que prácticamente la mitad o 47% cumplen la terapia estrictamente y las prescripciones médicas en ocasión cuando las formas de vida son poco benéficas. En el contraste de hipótesis determinaron que la

adherencia a la terapia se relaciona expresivamente con las formas de vida de los individuos diabéticos de Tarma. (p-valor $0.002 < 0.05$). (8)

El resultado de este estudio coincide con los resultados encontrados en este estudio, ya que en la evidencia en este estudio muestra que gran parte de los pacientes que sufren del síndrome Metabólico cumplen estrictamente con las prescripciones médicas, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus esto significa que el cumplimiento de la indicación terapéutica es beneficioso para la salud. Esto conlleva a disminuir los costos altos de hospitalizaciones.

Tabla N° 04 automonitoreo de glucosa.

Ayte Canteño, Verónica Isabel, en un estudio realizado en pacientes del Hospital San Juan De Lurigancho, percibió que 99.3% de personas presentan estilos de vida insalubre en la dimensión hábitos nutricionales los individuos llevan una dieta desordenada por lo que el 99.3% se auto controlan la glicemia, referente al ejercicio físico el 76.1% presentan estilos de vida no saludables, relacionado a malos hábitos 89.4% presentaron estilos de vida no saludable, en la valoración del informe acerca de diabetes 88% presentaron un estilo de vida nocivo, en cuanto a la situación emocional 69.7% presentaron estilos de vida no saludables finalmente la adherencia terapéutica un 58.5% presentaron un estilo de vida no saludable, el 76.8% de personas con diabetes mellitus presentan estilos de vida insano y el 23.2% restante manejan un estilo de vida saludable. Concluyeron: viendo que los pacientes con diabetes se auto controlan la glicemia considerando el nivel de estilos de vida que manejan. (9)

El resultado de este estudio concuerda con los resultados conseguidos en la presente investigación, ya que el hecho en este estudio muestra que la gran mayoría de personas que padecen del síndrome Metabólico se auto monitorean la glucosa antes de los alimentos y 2 horas después, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus; es por ello el constante control de glucosa, el auto monitorearse la glicemia previene complicaciones serias de la persona.

Tabla N° 05 hábitos nocivos.

Málaga Chávez, Renzo Mauricio et al, en un estudio realizado en pacientes con alteraciones del metabolismo de glucosa en Lima, observó 50.3% de damas que fueron inscritos. La incidencia de diabetes fue de 11.0%. Y 59.7% sostuvieron diagnósticos previos. Solamente 13.3% indicaron consumir bebidas alto en azúcar más que una vez por semana, mientras tanto 25.5% indican consumir verduras y 45.8% frutas cotidianamente, respectivamente. Algunos con diagnostico anterior de diabetes mantuvieron menor probabilidad de consumir bebidas con azúcar raras veces o nunca. Entre frutas y verduras ninguno fue más en aquellos pacientes con o sin diagnostico anterior de diabetes.

Conclusión: haciendo una comparación con los hipoglucémicos, las personas ya con diagnóstico de DM sostuvieron mayor consumo de bebidas alto en azúcar. El consumir frutas y verduras no fue distinto entre la clase de trastorno del metabolismo de la glucemia estudiada. (9).

El resultado de este estudio se asemeja con los resultados adquiridos en el presente estudio ya que el hallazgo en este estudio muestra que casi la totalidad de usuarios presentan el síndrome Metabólico consumen energizantes, y el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus. Esto significa que la

cafeína agregada en esta bebida impide la capacidad de respuesta al organismo ante el alto contenido de azúcar generando de esta manera una “resistencia a la insulina”.

4.3 Prueba de Hipótesis

Tabla N° 01

A la comprobación estadística de hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.033 < 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de la investigación, por cuanto existe relación entre el consumo predominante de carbohidratos con Síndrome metabólico.

Tabla N° 02

A la comprobación estadística de hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.334 > 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación, por lo tanto, no existe relación entre la ejecución de actividades físicas con Síndrome metabólico.

Tabla N° 03

A la comprobación estadística de hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.239 > 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación, por lo tanto, no existe relación entre la adherencia al tratamiento con síndrome metabólico.

Tabla N° 04

A la comprobación estadística de hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.020 < 0.05$ por lo que se

acepta la hipótesis de la investigación por cuanto existe relación entre el automonitoreo de glucosa con el síndrome metabólico.

Tabla N° 05

A la comprobación estadística de hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.043 < 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de la investigación por cuanto existe relación entre hábitos nocivos y Síndrome metabólico.

CONCLUSIONES

PRIMERA: en la población de estudio se encontró que la mayoría de las personas que padecen de Síndrome Metabólico se alimentaron predominantemente a base de carbohidratos, y el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus; a la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de Chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.033 < 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de la investigación, por cuanto existe relación entre el consumo predominante de carbohidratos con Síndrome metabólico.

SEGUNDA: en cuanto a la actividad física la mayoría de las personas que padecen de Síndrome Metabólico realizan actividades físicas de diferentes maneras, el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus; a la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.334 > 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación, por consiguiente, no existe relación entre la ejecución de actividades físicas con Síndrome metabólico.

TERCERA: en cuanto a la adherencia al tratamiento la mayoría de los usuarios que padecen de Síndrome Metabólico cumplen estrictamente con las

prescripciones médicas, y el problema metabólico que más padecen es diabetes mellitus; a la comprobación estadística con el estadígrafo chi cuadrado (prueba exacta Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.239 > 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación por cuanto no existe relación entre la adherencia al tratamiento con síndrome metabólico.

CUARTA: en cuanto al automonitoreo de glucosa la mayoría de los usuarios que sufren de síndrome metabólico se auto monitoreaban la glucosa antes de los alimentos y dos horas después, el problema metabólico que más sufren es Diabetes mellitus; a la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.020 < 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de la investigación por cuanto existe relación entre el automonitoreo de glucosa y síndrome metabólico.

QUINTA: en cuanto a hábitos nocivos la mayoría de los usuarios que tienen síndrome metabólico consumen energizantes, el problema metabólico que más padecen es Diabetes mellitus; a la comprobación estadística de la hipótesis con el estadígrafo de chi cuadrado (prueba exacta de Fisher), se obtuvo el valor de $p = 0.043 < 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de la investigación por cuanto existe relación entre hábitos nocivos y Síndrome metabólico.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: a los profesionales de Enfermería que laboran en las diferentes instituciones de salud en el ámbito del distrito de Curahuasi, intensificar en las actividades preventivo promocionales el efecto negativo del consumo predominante de los carbohidratos.

SEGUNDA: al personal de enfermería del área medicina general del Hospital Diospi Suyana sensibilizar y motivar a los pacientes en la ejecución de actividades físicas. Porque mantenerse activo al menos 30 minutos al día previene complicaciones de diferentes enfermedades.

TERCERA: a los médicos indicar estrictamente los fármacos que recibe cada paciente y proporcionar una prescripción médica legible para que el usuario entienda y haga uso correcto de los medicamentos y no tenga una mala adherencia al tratamiento.

CUARTA: a los profesionales de enfermería del ámbito de Curahuasi y sus anexos impartir información sobre los beneficios del automonitorearse la glucosa y las decisiones que deben tomar los usuarios después del control, también enseñar las zonas de punción.

QUINTA: a las autoridades ediles de la municipalidad del distrito de Curahuasi poner mayor presión social, para exigir a las autoridades mayor gestión y resultados aplicando la ley, capacitar a todo el personal involucrado en el cumplimiento de las normas y procedimientos e intensificar en las actividades preventivo promocionales sobre el efecto negativo del consumo bebidas energizantes.

CAPITULO V

V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Recursos

MATERIALES INSUMOS	E	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRESIO UNITARIO	TOTAL
Papel bond		Millar	01	30.00	30.00
Lapiceros		Unidad	06	1.00	6.00
Fotocopias		Unidad	100	0.10	10.00
Servicio de internet		Hora	30	2.00	60.00
Empastado		Unidad	05	25.00	125.00
SUB TOTAL					231.00
RECURSOS HUMANOS					
Transporte y movilidad		Pasaje	10	3.00	30.00
Asesor metodológico			01	1500.00	1500.00
Asesor estadístico			01	500.00	500.00
SUB TOTATAL					2030.00
TOTAL					2261.00

5.2 Cronograma de actividades

MES Y ACTIVIDADES	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.
	2021	2021	2021	2021	2021
Identificación de problema, revisión bibliográfica, planteamiento de problema y objetivos	XXXX				
Elaboración de marco conceptual y referencial		XXXX			
Formulación de hipótesis y Operacionalización de variables			XXXX		
Elaboración de procedimientos metodológicos de la investigación.			XXXX		
Presentación del proyecto de Investigación (tesis) revisión, levantamiento de observaciones y aprobación del Proyecto.				XXXX	
Observación, Análisis y recolección de datos de los registros existentes				XXXX	
Consolidación de datos por orden de importancia, análisis e interpretación de datos.				XXXX	
Presentación y revisin de la borrador de tesis				XXXX	XXXX
Levantamiento de observaciones					XXXX
Defensa de la tesis					XXXX

BIBLIOGRAFÍA

1. Patricia T, Estrada V. Estilos de vida y salud: Estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Carvajal Carvajal C. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SINDROME METABÓLICO: DEFINICIONES, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA, COMPONENTES Y TRATAMIENTO. RESUMEN. 2017;34(1).
3. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES [Internet]. [cited 2020 Dec 27]. Available from: www.who.int
4. Acuña Castro Rebeca Cortes Solís San José Y, Rica C. INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MAESTRÍA CENTROAMERICANA EN ADMINISTRACIÓN TESIS: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ÁREA DE SALUD DE ESPARZA. 2012.
5. El estilo de vida 'no saludable' causa 16 millones de muertes al año | Ciencia | EL PAÍS [Internet]. [cited 2021 Jan 1]. Available from: https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html
6. Gabriela B, Huamanquispe R, Optar P, Título EL, De P. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA ESTILOS DE VIDA Y SU INFLUENCIA SOBRE EL ESTADO PRESENTADO POR.
7. Peruana de Servicios Editoriales - Editora Peru ES. POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE" [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: www.gob.pe/pcm
8. De Epidemiología D, Claudio M, Espinoza Q, Justo B, Ochoa DP, Irma O, et al. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

APURÍMAC “Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad”

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC [Internet]. [cited 2021 Jan 3]. Available from: www.diresaapurimac.gob.pe

9. Epidemiología y prevención del síndrome metabólico [Internet]. [cited 2021 Jan 4]. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200014
10. Prevalencia del síndrome metabólico en pobladores peruanos por debajo de 1 000 y por encima de los 3 000 msnm [Internet]. [cited 2021 Jan 4]. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000200004
11. (No Title) [Internet]. [cited 2021 Apr 21]. Available from:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4338/60.1301.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. El Hospital Diospi Suyana - Diospi Suyana [Internet]. [cited 2021 Jan 8]. Available from: <https://www.diospi-suyana.de/hospital-2/?lang=es>
13. Cigarroa I, Sarqui C, Zapata-Lamana R. Effects of physical inactivity and obesity in psychomotor development in children: A review of Latin American news.
14. Araceli Álvarez Gasca M, Del Rocío Hernández Pozo M, Jiménez Martínez M, Ángel Y, Díaz D. Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo.
15. Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco. -

- Dialnet [Internet]. [cited 2021 Jan 9]. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305272>
16. Jakeline Galarza Fárez V. © DERECHOS DE AUTOR [Internet]. Quito: UCE; 2017 [cited 2021 Jan 10]. Available from:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10323>
 17. Palate Criollo EV. “Estilo de vida y su influencia en la aparición del síndrome metabólico en estudiantes de la carrera de Enfermería”. 2018 Oct 1 [cited 2021 Jan 10]; Available from:
<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/28676>
 18. Joseph JJ, Echouffo-Tcheugui JB, Golden SH, Chen H, Jenny NS, Carnethon MR, et al. Physical activity, sedentary behaviors and the incidence of type 2 diabetes mellitus: The multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016 Jun 1;4(1).
 19. Ander Asenjo-Alarcón J. Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH. *Rev Med Hered*. 2020;31:101–7.
 20. De E, Relacion VY, Síndrome C EI. UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ENFERMERIA [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2017 Dec [cited 2021 Jan 9]. Available from:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1946>
 21. Luis J, Ortega D, Rosa D, Carrillo PG. Relación entre los estilos de vida y el síndrome metabólico en pobladores adultos y adultos mayores de la Ciudad de Trujillo 2019 [Internet]. Repositorio Institucional - UCV. Universidad César Vallejo; 2019 [cited 2021 Jan 10]. Available from:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40402>

22. De TE, Síndrome VY, En M, Trabajadores L. UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ENFERMERIA.
23. De E, Síndrome VY, De M. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
24. Katherine Karen Pardo León ASESORA Dra Elizabeth Alvarado Chávez A. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Enfermería. 2016.
25. Prado RP, Madelaine Y, Arias A. Diabetes y factores de riesgo en docentes de la Universidad Nacional de Ica , Perú. Rev Finlay [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 17];10:1–10. Available from:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/823/1919>
26. Gonzàles Gálvez DL, Zavala Guerrero JJ. Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2019 Apr 25 [cited 2021 Oct 23]; Available from:
<http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/928>
27. De R, Parra Álvarez DM. EFECTOS DEL CONSUMO DE LAS BEBIDAS ENERGIZANTES EN LA.
28. Estado nutricional y calidad de vida en los docentes de los colegios nacionales de Chalhuanca Aymaraes - Apurímac, 2019 [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4348>
29. "Cuidados de enfermería en los estilos de vida saludable de la REGSAPOL

- Abancay 2014 - 2018" [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from:
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2996>
30. Carmen PÉREZ ESPINOZA Bach Luz Marina SOTO JARA B.
INTERCULTURAL BILINGÜE PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA.
"ESTILOS DE CRIANZA FAMILIAR Y EL DESARROLLO UNIVERSIDAD
NACIONAL MICAELA BASTIDAS DE APURÍMAC cc.
 31. Álvarez A, Rossy Z, Concha T, Rosa P, Para Optar El A, Profesional T.
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA FACULTAD DE
ENFERMERÍA Tesis presentada por las Bachilleres: AREQUIPA-PERÚ
2014.
 32. Montoya G, Ramón L, Salazar L, Ramón A. Universidad de los Andes
Venezuela. 2010 [cited 2021 Feb 1];14:13–9. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
 33. Puerta-Cortés DX, González-Santos JM. Caracterización del estilo de vida
saludable en una muestra de habitantes de las zonas rurales del Tolima.
Indagare [Internet]. 2019 Dec 19 [cited 2021 Jan 30];(7). Available from:
<https://revistas.unibague.edu.co/indagare/article/view/190>
 34. Preciado R. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en
Enfermería FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Escuela Profesional
de Enfermería.
 35. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA.
 36. El entorno causa estilos de vida no saludables en el adolescente |
CuidatePlus [Internet]. [cited 2021 Feb 2]. Available from:

- <https://cuidateplus.marca.com/familia/nino/2000/09/26/entorno-causa-estilos-vida-saludables-adolescente-10677.html>
37. Consecuencias de no llevar una vida sana - 2016Web2T4ESOBGRUPO9 [Internet]. [cited 2021 Feb 1]. Available from:
<https://sites.google.com/site/2016web2t4esobgrupo9/consecuencias-de-no-llevar-una-vida-sana>
 38. Hábitos alimentarios saludables.
 39. Alimentarias G, Población L, Elaborado P, Luis : -Mirko, Serrano -César L, Domínguez H, et al. GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACIÓN PERUANA [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 4]. Available from:
www.minsa.gob.pe
 40. García AM, Magdalys Núñez Velázquez I. Alimentación saludable Healthy nutrition.
 41. Ángel M, Bordonada R, De Sanidad E. Manual Docente de la Escuela Nacional de Sanidad MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD GOBIERNO DE ESPAÑA [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 5]. Available from: <http://publicaciones.isciii.es>
 42. Valero Gaspar -Paula Rodríguez Alonso Emma Ruiz Moreno -José Manuel Ávila Torres Gregorio Varela Moreiras Fotografía Raúl Molinero Hernando T, Agricultura M DE, Alimentación Gobierno De España PY. La alimentación española características nutricionales de los principales alimentos de nuestra dieta [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 5]. Available from: www.mapama.gob.es
 43. Significado de Carbohidratos (Qué son, Concepto y Definición) - Significados [Internet]. [cited 2021 Feb 5]. Available from:

- <https://www.significados.com/carbohidratos/>
44. Ludwig DS, Hu FB, Tappy L, Brand-Miller J. Dietary carbohydrates: role of quality and quantity in chronic disease. *BMJ* [Internet]. 2018 Jun 13 [cited 2021 Feb 6];361:k2340. Available from:
<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.k2340>
 45. Slavin J, Carlson J. Carbohydrates. *Adv Nutr* [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2021 Feb 6];5(6):760–1. Available from:
<https://academic.oup.com/advances/article/5/6/760/4616690>
 46. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA 2018-2030.
 47. Martín P, Mercedes E, Canales G. y ASMA EJERCICIO FÍSICO [Internet]. [cited 2021 Feb 7]. Available from: www.youandussa.com
 48. GUIA DE ACTIVIDAD FISICA Y EJERCICIO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR.
 49. Rica Rodríguez Hernández C. InterSedes: Revista de las Sedes Regionales.
 50. Los beneficios de las manualidades en las personas mayores [Internet]. [cited 2021 Feb 7]. Available from:
<https://tumayoramigo.com/blog/beneficios-manualidades-en-personas-mayores/>
 51. Sigle DM. MESA REDONDA: Actividad física: factor protector desde la concepción SEDENTARISMO: un enemigo silencioso protector desde la concepción.
 52. Giráldez García MA, Omar Tarducci G, María Sáinz Martín D, Díaz Eichenberg H, Hormiguero Comunicación Producciones ES. La prevención de los efectos sobre la salud derivados del trabajo sedentario en jóvenes

asociado a las nuevas tecnologías [Internet]. Vol. 363. [cited 2021 Feb 8].

Available from:

www.inssbt.es<http://publicacionesoficiales.boe.es><http://www.inssbt.es/catalogopublicaciones/>

53. Boscá Crespo AR, García Arias C, Ángel M. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
54. Juan Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Adrián Rodríguez Miranda Ó, Manuel Ortega Legaspi J, REVISIÓN www.medigraphic.org.mx A DE. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica [Internet]. [cited 2021 Feb 8]. Available from: www.medigraphic.org.mx aceptado:05-02-2018. Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>
55. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. Aten Primaria [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2021 Jan 17];41(6):342–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
56. Rosenbaum L, Shrank WH. Taking Our Medicine — Improving Adherence in the Accountability Era. N Engl J Med. 2013 Aug 22;369(8):694–5.
57. Garantizar la Continuación del Tratamiento de TB Manuales de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis.
58. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. WHO. 2013;
59. Litwak LE, Querzoli I, Musso C, Dain A, Houssay S, Proietti A, et al. MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA. UTILIDAD E INDICACIONES.

- [cited 2021 Feb 9]; Available from: www.medicinabuenaosaires.com
60. Mourín González J. RECOMENDACIONES SOBRE EL CONTROL ADECUADO DE LA GLUCOSA SANGUÍNEA.
 61. Xavier F, Carrillo M, Beléndez Vázquez M. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. Vol. 10, anales de psicología. 1994.
 62. Rodríguez Torres P, Pereira Díaz E, Romero Lluch A, Ternero Vega J, Pereira Cunill JL, Rivas Cobas C, et al. ÍNDICE REMISIÓN COMPLETA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA PACIENTE CON OBESIDAD Y RESISTENCIA A LA INSULINA HEPATITIS C Y DIABETES: ¿UNA SIMPLE CASUALIDAD?
 63. Villarreal F, Diaz D, Cerna Iparraguirre L, Sandoval Diaz F, Gonzales Toribio W. Universidad Nacional Vicerrectorado de. 2019.
 64. HABITOS NOCIVOS PARA LA SALUD by Lizeth Galvez [Internet]. [cited 2021 Jan 18]. Available from: https://prezi.com/_sn5zbb9balv/habitos-nocivos-para-la-salud/
 65. Fernández Díaz Y, Ortiz Martínez M, Valdés JA, Sosa DP, Larín SS. Toxic habits observed in adolescents and young people with learning difficulties, 2011-2013 [Internet]. Vol. 43, Revista Cubana de Salud Pública. 2017 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
 66. GESTIÓN N. OMS: Diez malos hábitos que dañan el cerebro | TENDENCIAS | GESTIÓN. [cited 2021 Feb 11]; Available from: <https://gestion.pe/tendencias/estilos/10-malos-habitos-danan-cerebro-nnda-nnlt-262285-noticia/>
 67. Guadalupe M, Vázquez E, Directora T, María D, Rizzo Baeza.

68. apunts EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES.
69. Carlos J, Robles L. artículo de revisión Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica Metabolic syndrome: concept and practical application.
70. Pereira-Rodríguez JE, Melo-Ascanio J, Caballero-Chavarro M, Rincón-Gonzales G, Jaimes-Martin T, Niño-Serrato R. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Órgano Oficial de la Sociedad Cubana de Cardiología Síndrome metabólico. Apuntes de Interés. Metabolic syndrome. Notes of Interest.
71. Villalobos Sánchez A, Millán García G, Narankievickz D. Síndrome metabólico. Vol. 12, Revista de la educación superior. 2017.
72. Blasco González L, Cabrinety Pérez N. Ángel Aragonés Gallego.
73. Cordido F. Fisiopatología de la obesidad. 2005.
74. Araya Quintanilla V. Obesidad: epidemiología actual y futura. Medwave [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2021 Feb 18];10(3). Available from: </link.cgi/Medwave/PuestaDia/Conferencias/4443>
75. Castro Á. Diagnóstico y clasificación de la obesidad. 2005.
76. Perea-Martínez A, Gloria +, López-Navarrete E, Alberto M, 2+ Y-D, Espinosa-Garamendi E, et al. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad Miriam Padrón-Martínez 3+ Ariadna Guadalupe Lara-Campos 4+ Claudia Santamaría-Arza 2+ Jeanethe Peniche-Calderón 5+ [Internet]. Vol. 35, www.actapediatrica.org.mx Acta Pediatr Mex. 2014 [cited 2021 Feb 28]. Available from: www.actapediatrica.org.mx
77. Vilallonga L, Repetti M, Delfante A. Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional.

78. Venezolana de Endocrinología Metabolismo Venezuela Rojas de SP, Definición C, Diagnóstico De La Diabetes Mellitus CY. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Rev Venez Endocrinol y Metab [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 1];10(1):7–12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232003>
79. De Atención N. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: www.minsa.gob.pe
80. Dean PG, Kukla A, Stegall MD, Kudva YC. Pancreas transplantation. Vol. 357, BMJ (Online). BMJ Publishing Group; 2017.
81. Cristina D, Grosso P, Houssay BA, Buenos Aires ", Fepreva A. Epidemiología, clasificación y diagnóstico de la Diabetes [Internet]. [cited 2021 Mar 6]. Available from: www.idf.org
82. Iglesias González R, Rubio LB, Artola Menéndez S, Martín RS. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus [Internet]. Diabetes Práctica. 2014 [cited 2021 Mar 8]. Available from: www.sediabetes.org
83. Pato ÓB, Zamorano AT. Manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 1 desde la consulta de Atención Primaria. Diabetes Práctica. 2020;11(01):1–40.
84. Ángel Fernández Vicepresidenta de la Nación Dra Cristina Fernández A, González García Secretaria de Acceso la Salud Dra Carla Vizzotti Subsecretario de Estrategias Sanitarias Alejandro Salvador Costa G, María Graciela Abriata D. Presidente de la Nación. Vol. 2, Mellitus Tipo. 2019.

85. González C, María C. Dyslipidemia as a cardiovascular risk factor: use of probiotics in nutritional therapeutics. [cited 2021 Mar 10]; Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068226>
86. Quintero Baiz A, Merchán Villamizar A, Ruíz Morales AJ, Gómez Ortíz A, Luengas Luengas CA, PARTICIPANTES Carlos Cepeda Garzón FE, et al. EDITORES Segundo Consenso Nacional sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de las Dislipoproteinemias en Adultos.
87. Alberto Aguilar Salinas C, Javier Gómez Pérez F, Lerman Garber I, Vázquez Chávez C, Pérez Méndez Ó, Posadas Romero C, et al. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Vol. 12, Revista de Endocrinología y Nutrición. 2004.
88. Carrión CP. Prevención y Tratamiento de Dislipidemias.
89. Maestro C. Evidencias y Recomendaciones GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
90. Rader DJ. Molecular regulation of HDL metabolism and function: Implications for novel therapies. Vol. 116, Journal of Clinical Investigation. 2006. p. 3090–100.
91. Wassermann AO, López V, Houssay BA. Hipertensión Arterial Epidemiología, Fisiopatología y Clínica-Diciembre 2013-Hipertensión Arterial: Epidemiología, Fisiopatología y Clínica 2 Contenidos [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 14]. Available from: <http://www.cdc.gov>
92. Bellido CM, Lázaro Fernández E, Alcalá López J, Simón PH, Rodríguez

- Padial L. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Vol. 3. 2003.
93. Epidemiológica S. “Nuestra razón de ser y hacer” BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO DEL PERÚ [Internet]. [cited 2021 Mar 14]. Available from: www.dge.gob.p
94. Peruana Cayetano Heredia Lima U, Ricardo Palma Lima C, Martín Salazar Cáceres P, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. TEMA DE REVISIÓN / REVIEW Hipertensión en el adulto mayor Hypertension in the elderly. Vol. 27, Rev Med Hered. 2016.
95. Castaño-Guerra R, Del Consuelo Medina-González M, De La Rosa-Rincón RL, Loría-Castellanos J, De M, Especialidad A. INSTRUMENTOS CLÍNICOS Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Vol. 49, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011.
96. Aguilar RJ. La hipertensión arterial sistémica. Conceptos actuales [Internet]. Vol. 7. 2009 [cited 2021 Mar 14]. Available from: www.medigraphic.com
97. Gisela D, Gallo D. Modos y estilos de vida.
98. Pineda CA. Enero-Marzo) Recibido para publicación enero 18. Vol. 39. 2008.
99. Iván R, Ochoa Á, Rosario G Del, Cordero C, Alicia M, Calle V, et al. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 21. 2017.
100. Guzmán E, Valle Y, De Deportes U, Recreación Y. UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN.
101. Güauña Bermeo Michael Steve Prada Holguín L. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA EN ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS DE PERSONAS QUE

VIVEN CON VIH.

102. Villarreal F. Universidad Nacional.
103. Domínguez YA, Álvarez-Vázquez L, Margarita T, Calero G, Ibis A, González C, et al. KNOWLEDGE AND USE OF THE GLUCOMETER IN GLUCOSE SELF-MONITORING, IN PEOPLE WITH DIABETES. Hig y Sanid Ambient. 2018;18(4):1693–9.
104. Ana. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE
105. José S, Rica C. DIABETES MELLITUS: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN.
106. Cuevas M. A, Alonso K R. DISLIPIDEMIA DIABÉTICA. Rev Médica Clínica Las Condes. 2016 Mar 1;27(2):152–9.
107. Tagle R. DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Rev Médica Clínica Las Condes. 2018 Jan 1;29(1):12–20.
108. Mosquera JT, Cote Menéndez M. ALCOHOL ETÍLICO: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Alcohol etílico J. Téllez M. y col.
109. Morales Aguilar R, Lastre-Amell G, Pardo Vásquez A. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular Resumen [Internet]. [cited 2021 Mar 29]. Available from: <http://orcid.org/00000002>
110. Félix Puchulu AM. SÍNDROME METABÓLICO.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTILOS DE VIDA RELACIONADO A ENFERMEDADES METABÓLICAS FRECUENTES EN USUARIOS DIABÉTICOS DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL DIOSPI SUYANA CURAHUASI 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METOD. DE LA INVESTIGACION
<p>PROBLEMA DE ESTUDIO: ¿Qué relación existe entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Establecer la relación entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar el hábito nutricional relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021. ❖ Determinar la actividad física relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021. ❖ Identificar adherencia al tratamiento relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021. 	<p>HIPOTESIS DE TRABAJO: La relación es significativa entre los estilos de vida y las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021.</p>	<p>VARIABLE 1 Estilos de vida</p> <p>Dimensión de la Variable 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábitos nutricionales ❖ Ejecución de actividades Físicas. ❖ Adherencia al tratamiento. ❖ Automonitoreo de glucosa. ❖ Hábitos nocivos. <p>VARIABLE 2: Enfermedades metabólicas.</p> <p>Dimensiones de la variable 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Obesidad. ❖ Diabetes mellitus. ❖ Dislipidemia. ❖ Hipertensión arterial. 	<p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION. Fue una investigación de tipo no experimental, ya que no se manipuló ninguna de las variables en forma intencional, se describió el comportamiento de las variables tal como se presentó en el contexto de los hechos.</p> <p>METODOS APLICADOS A LA INVESTIGACION: El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo de ruta cuantitativa en consecuencia, hipotético deductivo.</p> <p>POBLACION: La población de estudio estuvo integrada por 150 usuarios entre varones y mujeres mayores de 18 años que acuden para su atención al Hospital Diospi Suyana de Curahuasi.</p> <p>MUESTRA: La muestra estuvo conformado por el 100% de población por lo que fue tipo censo, considerando que el tamaño de la población fue pequeño numéricamente.</p> <p>TECNICAS: Se empleó la técnica de la observación y la encuesta.</p> <p>INSTRUMENTO: Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron, fueron una encuesta y una ficha de observación estructuradas de acuerdo a la Operacionalización de las variables.</p> <p>DISEÑO DE CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS: El procesamiento de los datos obtenidos, a través de los instrumentos, se realizó en el programa informático SPSS versión 25, que están ilustrados en tablas, cuyos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el utomonitoreo de la glucosa relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabéticos atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021. ❖ Identificar el hábito nocivo relacionado a las enfermedades metabólicas frecuentes en usuarios diabético atendidos en los consultorios externos del hospital Diospi Suyana de Curahuasi 2021. 			<p>resultados se analizaron y discutieron, luego se contrastaron las hipótesis y finalmente se obtuvieron las conclusiones.</p> <p>ESTILO DE NORMAS DE REDACCION: Para la presentación de la tesis se utilizó el estilo de redacción Vancouver</p>
--	---	--	--	---



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

Señor (a) usuaria del hospital Diospi Suyana tenga usted muy buenos días reciba un cordial saludo del bachiller Reyna Ochoa Cáceres de la escuela profesional Enfermería de la Universidad Tecnológica de los Andes.

Mi persona viene realizando un trabajo de investigación tesis, con la finalidad de optar el título profesional de Enfermería, por ello el propósito de este trabajo es conocer las diferentes situaciones que tenga que ver con la enfermedad que usted sufre (enfermedades metabólicas), razón por la cual le suplico que al momento de responder las siguientes preguntas sea con la verdad.

La encuesta es anónima no escriba ningún dato personal.

INSTRUCCIONES:

1. Ponga solamente género y edad, el código será llenado por la interesada.
2. Marca con un aspa (x) la alternativa que corresponde a los estilos de vida.
3. Marca con un aspa (x) la alternativa del síndrome metabólico que padece.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Código:

1.2 Genero:

1.3 Edad:

II. DATOS ESPECIFICOS:

SITUACION ACTUAL SOBRE ESTILOS DE VIDA:

2.1 Hábitos nutricionales:

¿Al preparar sus alimentos o al consumir agregamos diferentes productos, con cuál de estos alimentos preparas o cumples?

- a) Los alimentos que contienen carne, menestras, verduras como lechuga tomates pepino, entre otros, (Alimentación balanceada)
- b) Mayormente con productos de mi zona papas, camote, yuca, oca, maíz, trigo, quinua, garbanzo, frejoles, habas, arvejas, arroz, fideos, (Alimentación con predominio en carbohidratos)
- c) Solamente con carnes de oveja, res, chanco, cabra, cuy y pescados, (Alimentación con predominio en carnes rojas).

2.2 Ejecución de actividades Físicas:

¿En tu domicilio haces diferentes actividades a diario, con cuál de estas actividades te caracterizas?

- a) Actividades físicas (como caminatas, barrer, actividades agrícolas livianas).
- b) Manualidades domesticas (tejer, coser)
- c) Solo en la casa viendo tele, escuchando radio o en el patio, sentada soleándome y comiendo algo q me gusta (sedentarismo).

2.3 Adherencia al tratamiento:

¿Si recibes tratamiento de alguna enfermedad que padeces, con cuál de los siguientes escritos abajo cumples?

- a) Cumplo con todo lo que me dice mi doctor (Cumplimiento estricto con prescripciones médicas) (Tiempo, vía, dosis, asistencia a controles).

b) Solamente tomo cuando me acuerdo y me duele (Cumplimiento irregular de tratamiento e indicaciones).

c) No tomo mis pastillas porque me empeoran mi salud y lo dejo (Incumplimiento de tratamiento e indicaciones).

2.4 Automonitoreo de glucosa:

¿Si usted tiene o tendría diabetes mellitus o azúcar en la sangre, como es o sería el control de glucosa en tu domicilio?

a) Para saber en cuanto esta mi azúcar en la sangre lo hago como me enseñó mi doctor tres veces al día y uno en la madrugada (Antes de los alimentos y 2 am).

b) Me controlo cuando mis hijos me dicen y cuando estoy sin ganas, sudando o con sueño (Solo con exigencia o se acuerda).

c) No me controlo por me duelen mis dedos tanto pincharme (No auto monitoreo).

2.5 Hábitos nocivos:

¿En una reunión de amigos, familiares, cumpleaños y otras fiestas para pasarlo bien siempre tomas alguna bebida, de todos los que se mencionan cual prefieres?

a) De preferencia cerveza, vino, chicha, cañazo (Alcohol).

b) Me gusta fumar cigarrillos y tomar un poco para calentar el cuerpo (Tabaco).

c) No tomo porque mi religión no me permite solo un poco de gaseosas, frugos y sporade (Energizantes).

SITUACIÓN ACTUAL DEL SÍNDROME METABÓLICAS:

Marque en el casillero con un (x) la enfermedad que usted padece

SINDROME METABOLICO	SI	NO
Obesidad		
Diabetes mellitus		
Dislipidemia		
Hipertensión arterial		