



Universidad Nacional de Itapúa
Facultad de Medicina

Creada por ley 1009 de fecha 03 de Diciembre de 1.996
Dirección de Posgrado
Maestría en Nutrición Clínica



**ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL PROGRAMA
REGIONAL DE DIABETES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ENCARNACIÓN UTILIZANDO LA
ENCUESTA IMEVID**

AUTORA: LIC. GRICELDA NOEMI BRITZ AREVALOS

DIRECTOR: PROF. DR. RAFAEL FIGUEREDO

MAG. LIC. CLAUDIA BORDÓN

Trabajo de investigación presentado en cumplimiento de los requisitos de promoción del Postgrado de Maestría en Nutrición Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa

Encarnación- Paraguay

Año 2015

Agradecimientos

A Dios por tantas bendiciones

A mis padres por su amor, lucha, interés de formarme como profesional y apoyo constante

A los Directivos de la Facultad de Medicina por dar la oportunidad de crecer en la vida profesional

A los Profesores, Dr. Rafael Figueredo y a la Lic. Claudia Bordón por brindar sus conocimientos

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página

Introducción

Antecedentes

Definición de la Diabetes.....1

Epidemiología de la Diabetes.....1

Factores de riesgo de padecer Diabetes.....2

Criterios actuales para el diagnóstico de la Diabetes.....3

Complicaciones de la Diabetes.....3

Tratamiento de la Diabetes tipo 2.....4

Tratamiento farmacológico

Tratamiento nutricional

Actividad física

Estilo de vida..... 7

IMEVID..... 9

Justificación..... 11

Pregunta de investigación..... 12

Objetivos. General y Específicos..... 13

Material y Métodos

Diseño metodológico, Descripción del lugar, Período de estudio, Población enfocada, accesible.....14

Muestra. Criterios de inclusión, de Exclusión. Tipo de muestreo	
Variables. Características demográficas y clínica.....	15
Manual de Procedimiento. Cuestiones estadísticas.....	16
Análisis de datos, Cuestiones éticas	
Principio de justicia y beneficencia.....	17
Conflicto de interés. Consentimiento informado	
Recursos materiales y humanos.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	35
Conclusión y Recomendación.....	39
Referencias Bibliográficas.....	41
Apéndice y Anexos.....	44

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Página
Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la diabetes 2013.....	3
Tabla 2. Tratamiento farmacológico.....	4
Tabla 3. Macronutrientes en el manejo de la diabetes.....	5
Tabla 4. Otras recomendaciones nutricionales.....	5
Gráfico 1. Sexo de los pacientes diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	19
Gráfico 2. Edad de los pacientes diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	19
Gráfico 3. Tiempo de padecimiento de la patología de los pacientes diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	20
Gráfico 4. Frecuencia de consumo de verduras y frutas en los pacientes diabéticos tipo 2 del PRD del HRE	21
Gráfico 5. Frecuencia de consumo de pan en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE	21
Gráfico 6. Frecuencia de consumo de tortillas en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE	22
Gráfico 7. Prácticas relacionadas a la alimentación en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	23
Gráfico 8. Ejercicio físico en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	24

Gráfico 9. Se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	24
Gráfico 10. Actividades que realizan con mayor frecuencia en sus tiempos libres los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE	25
Gráfico 11. Fumadores en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	26
Gráfico 12. Cantidad de cigarrillos que fuman los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	26
Gráfico 13. Ingieren bebidas alcohólicas los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	27
Gráfico 14. Cantidad de bebidas alcohólicas que ingieren los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	28
Gráfico 15. Cantidad de participación en charlas educativas para pacientes con dicha patología de los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	28
Gráfico 16. Información acerca de la patología, emociones y adherencia terapéutica en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	29
Tabla 5. Puntajes totales del IMEVID en la muestra de estudio de personas con diabetes mellitus tipo 2 del PRD del HRE.....	30
Gráfico 17. Estilo de vida de los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	30
Gráfico 18. Dominios con mayor aceptación por parte de los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	31
Gráfico 19. Edades comprendidas con mayor estilo de vida adecuada de los pacientes diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	31

Gráfico 20. Tiempo de padecimiento de la patología con un adecuado estilo de vida en los diabéticos tipo 2 del PRD del HRE.....	32
Tabla 6. Estilo de vida por sexo de los pacientes diabéticos tipo 2.....	33
Tabla 7. Actividad física con estilo de vida en los pacientes diabéticos tipo 2.....	33
Tabla 8. Emociones con estilo de vida en los pacientes diabéticos tipo 2.....	34

Abreviaturas

DM: Diabetes mellitus

DM 2: Diabetes mellitus tipo 2

DM 1: Diabetes mellitus 1

PRD: Programa Regional de diabetes

HRE: Hospital Regional de Encarnación

IMEVID: Instrumento para medir estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

ADA: American Diabetes Association

DBT: Diabetes

IDF: Federación Internacional de la Diabetes

Hb A1C: Hemoglobina glicosilada

GA: Glucemia en ayunas

GP: Glucemia posprandial

OMS: Organización Mundial de la Salud

EPA: Eicosapentaenoico

DHA: Decosahexaenoico

Mmol: miliosmol por litro

LDL: Lipoproteínas de baja densidad

(n): Frecuencia Absoluta

(%): Frecuencia relativa

Et. al: y colaboradores

RESUMEN

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes en parte por la carga genética propia del grupo y en parte por el estilo de vida del paciente. Tras su diagnóstico, la diabetes requiere un tratamiento integral para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad, que incluye cambios importantes en el estilo de vida: Plan de alimentación, actividad física, monitoreo de glucosa y farmacología, que son la base para la atención de la diabetes. Con el objeto de conocer el estilo de vida, se entrevistó a personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 que asisten al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación utilizando la encuesta IMEVID.

El siguiente estudio tiene como Objetivos, describir característica demográfica y clínica, identificar la frecuencia de consumo de alimentos, prácticas relacionadas a la alimentación, actividad física y las actividades en el tiempo libre, determinar el consumo de tabaco y alcohol, valorar la actitud sobre búsqueda de información acerca de la enfermedad, participación en charlas educativas, emociones frente a su enfermedad y adherencia terapéutica nutricional y farmacológica, determinar la frecuencia de estilo de vida adecuado, los dominios con mayor aceptación y las edades comprendidas con mayor estilo de vida adecuada en la muestra del estudio y establecer posibles asociaciones entre variables. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con componente analítico en pacientes con DM 2 del HRE, según criterios de inclusión y exclusión. Los resultados demostraron que predomina el sexo femenino (70%). La edad promedio es 61 años $\pm 10,2$. El tiempo de padecimiento de la patología entre los 6 a 10 años (44%). Se encontró que el (43% n= 65) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 conllevan un estilo de vida adecuada.

Además, encontrándose una asociación o diferencia significativa entre el sexo, actividad física y emociones con estilo de vida.

Palabras claves: DM2, Estilo de vida, IMEVID.

SUMMARY

Diabetes is one of the most common chronic diseases in part because of the group's own genetic load and partly because of the patient's lifestyle. After its diagnosis, diabetes requires a comprehensive treatment to prevent or delay the complications of the disease, which includes important changes in lifestyle: eating plan, physical activity, glucose monitoring and pharmacology, which are the basis for care of diabetes. In order to know the lifestyle, we interviewed people diagnosed with Diabetes Mellitus 2 who attend the Regional Diabetes Program of the Regional Hospital of Encarnación using the IMEVID survey.

The following study has like Objectives, to describe demographic and clinical characteristic, to identify the frequency of consumption of foods, practices related to the feeding, physical activity and the activities in the free time, to determine the consumption of tobacco and alcohol, to value the attitude on search of information about the disease, participation in educational talks, emotions in front of their disease and nutritional and pharmacological therapeutic adherence, determine the frequency of appropriate lifestyle, the domains with greater acceptance and the ages with a better lifestyle in the sample of the study and establish possible associations between variables. An observational, descriptive, cross-sectional study with an analytical component was performed in patients with DM 2 of the HRE, according to inclusion and exclusion criteria. The results showed that the female sex predominates (70%). The average age is 61 years \pm 10.2. The time of suffering of the pathology between 6 to 10 years (44%). It was found that (43% n = 65) of patients with type 2 diabetes mellitus lead to an appropriate lifestyle.

In addition, finding an association or significant difference between sex, physical activity and emotions with lifestyle.

Keywords: DM2, Lifestyle, IMEVID.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

1.1.1. Definición de Diabetes

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.¹

La DBT tipo 2 (desde resistencia a la insulina predominante con deficiencia relativa hasta un defecto secretor de la insulina con resistencia) representa el 90% al 95% de la población diabética. La diabetes mellitus tipo 2 es la más común de las enfermedades endócrinas.²

Esta entidad es la que mayormente se observa, generalmente los factores de riesgo asociados son pacientes con sobrepeso u obesidad, con predisposición poligénica así como el estilo de vida que en la sociedad actualmente predomina, como el sedentarismo y la mala calidad de la alimentación.

1.1.2. Epidemiología de la diabetes

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.³

Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el año 2030.⁴

Los cálculos más recientes de la FID indican que el 8,3% de los adultos 382 millones de personas tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años.⁵

En la primera encuesta Nacional de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles en Paraguay en el año 2011 la prevalencia de la diabetes mellitus mostró un porcentaje del 9,7%.⁶

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un problema de salud pública a nivel mundial, por ser un trastorno crónico y a la vez, factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades agudas y/o crónicas que afectan la calidad de vida de quienes la padecen.

1.1.3. Factores de riesgo de padecer diabetes

Entre los principales factores de riesgo para padecer diabetes se encuentran la obesidad, la inactividad física, el exceso de consumo de grasas de origen animal entre otros; está demostrado que el control de ellos ayuda a prevenir la diabetes o en su defecto retardar su aparición.³

Los factores de riesgo de padecer diabetes mellitus más importantes son: la edad, la raza, determinados factores genéticos, la obesidad y el sedentarismo. Sobresale la obesidad como el factor de riesgo más estrechamente relacionado con la diabetes mellitus.

Estos factores de riesgo están enmarcados en el estilo de vida, por lo tanto, un manejo adecuado de éste puede ayudar a evitar a retardar las complicaciones de los pacientes que padecen diabetes.

El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP) fue un estudio de investigación clínica multicéntrica importante destinada a descubrir si la pérdida de peso modesta a través de cambios en la dieta y el aumento de la actividad física o el tratamiento con la metformina oral de fármaco para la diabetes podría prevenir o retrasar la aparición de diabetes tipo 2.

El DPP encontró que los participantes que perdieron una cantidad modesta de peso a través de cambios en el estilo de vida como la modificación en la dieta, aumentar la actividad física reduce drásticamente sus posibilidades de desarrollar diabetes.⁷

Uno de los grandes estudios de la intervención del estilo de vida ha demostrado una reducción sostenida de la tasa de aparición de la diabetes tipo 2 con un 34% de reducción en 10 años en la prevención de la diabetes en los EE.UU.⁸

Y que además, datos reales con escala de la Fiscalía del Estado y el Programa de Prevención de Diabetes Outcomes Study (DPPOS) confirman que las intervenciones en el estilo de vida son altamente costo-efectiva.⁹

1.1.4. Criterios actuales para el diagnóstico de la diabetes

La diabetes generalmente se diagnostica basándose en criterios de glucosa en plasma, ya sea la glucosa plasmática en ayunas (FPG) o dos horas de glucosa en plasma (2-h PG) con 75-g de glucosa prueba de tolerancia oral a la glucosa (SOG).¹⁰

Recientemente, un comité experto internacional añadió la hemoglobina glicada (A1C) con un umbral de 6,5% como una tercera opción para diagnosticar la diabetes.¹¹

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la diabetes

Hb A1C $\geq 6.5\%$. La prueba se debe realizar en un laboratorio que utilice un método estandarizado según el National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP), certificado y estandarizado para el Diabetes Control and Complications trial.
Glucemia en ayunas (GA) ≥ 126 mg/dl (7 mmol/L). El ayuno se define como la no ingesta calórica durante por lo menos 8 horas.
Glucemia 2 horas posprandial (GP) ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe ser realizada con las indicaciones de la OMS, con una carga de hidratos de carbono equivalente a 75 g glucosa anhidra disuelta en agua.
Glucemia al azar ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.
En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado por repetición de la prueba.

Fuente: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2014; 37(1):14-80

1.1.5. Complicaciones de la diabetes

La diabetes mellitus puede originar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y centrales, y frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias. La diabetes se asocia al riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y muerte prematura, ceguera, insuficiencia renal, y amputaciones de miembros inferiores, polineuritis y enfermedad cerebrovascular.¹²

1.1.6. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación.

El tratamiento no farmacológico y en particular la reducción de peso en el obeso, sigue siendo el principal tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con DM2.

Se pueden lograr cambios significativos en el estilo de vida y por consiguiente éste debe ser siempre uno de los primeros objetivos del manejo de la diabetes en el paciente principalmente con sobrepeso.

El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables. El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes.

De lo contrario, se debe iniciar con el tratamiento farmacológico con antidiabéticos en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV). En los casos en que las condiciones clínicas del individuo permiten anticipar que esto va a ocurrir, se debe considerar el inicio del tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico de la diabetes al tiempo con los CTEV.

A continuación se detallará (tabla 2) un resumen acerca del tratamiento farmacológico en la diabetes tipo 2.

Tabla 2. Tratamiento farmacológico en la diabetes tipo 2

<p>Si no existe contraindicación y es tolerada, la Metformina, es el tratamiento de elección inicial para el tratamiento de la diabetes tipo 2.</p>
<p>En la diabetes tipo 2 de diagnóstico reciente, los pacientes con síntomas marcados y/o glucemias o HbA1C elevadas, considerar hacer tratamiento con insulina desde el principio, con o sin agentes adicionales.</p>
<p>Si la monoterapia con un agente no insulínico a las dosis máximas toleradas no alcanza o no mantiene la meta de HbA1C en un tiempo de 3 a 6 meses, añade un segundo agente oral, un agonista del receptor GLP-1 ó insulina.</p>
<p>Para la elección del fármaco se recomienda un enfoque centrado en el paciente, considerar la eficacia, el costo, los efectos adversos, efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente.</p>
<p>Debido a la naturaleza progresiva de la diabetes tipo 2, la terapia con insulina es la terapia final para muchos pacientes con diabetes tipo 2.</p>

Fuente: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2014; 37(1):14-80

- **Pautas generales del tratamiento nutricional**

En general se recomienda que entre un 45-65% del total de calorías de la dieta sean hidratos de carbono, 10-20% proteínas y 20-35% grasas (evitar ácidos grasos trans y reducir los saturados <7%).¹³

Tabla 3. Terapia nutricional en la diabetes tipo 2

<p>Las personas con diabetes y con alto riesgo de desarrollar la patología deberán comenzar con un programa estructurado haciendo hincapié en los cambios de estilo de vida.</p>
<p>Pérdida de peso moderada (7% del peso corporal).</p>

Actividad física regular (150 min/semana) junto con la dieta, con la reducción de calorías y la ingesta de grasa.
Lograr la ingesta de fibra dietética de 14 g/1.000 kcal y granos enteros del 50% de la ingesta de granos.

Fuente: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2014; 37(1):14-80

Un pequeño estudio en las personas con diabetes tipo 2 mostraron que seguir la dieta DASH y la reducción de la ingesta de sodio a aproximadamente 2300 mg dió lugar a mejoras en la presión sanguínea y otras medidas sobre factores de riesgo cardiovascular.¹⁴

En cuanto al consumo del omega 3 se recomienda un aumento en los alimentos que contengan ácidos grasos omega 3 de cadena larga (EPA y DHA) de pescados grasos y omega-3 ácido linolénico (ALA) que es recomendado para las personas con diabetes debido a sus beneficios sobre las lipoproteínas, la prevención de enfermedades del corazón, y asociaciones con los resultados de salud positivos en estudios observacionales.¹⁵

- **Actividad física**

La actividad física es importante para todos, pero es particularmente importante para las personas con diabetes. El ejercicio físico se ha considerado parte del tratamiento de la diabetes, especialmente de la diabetes tipo 2, siendo el ejercicio aeróbico el más adecuado.

Una declaración conjunta de la ADA y el American College of Sports resume la evidencia para los beneficios del ejercicio en personas con la diabetes tipo 2.¹⁶

La importancia de la actividad física en la diabetes es de suma importancia debido a sus efectos benéficos sobre la glucemia en sangre y otros. De manera que debe de existir cambios en el estilo de vida del paciente incluyendo la realización de ejercicios planeados y estructurados para una mejor calidad de vida.

Tabla 4. Recomendaciones de actividad física en la diabetes tipo 2

Los diabéticos deben realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), repartidas en al menos 3 días de la semana con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio.
En ausencia de contraindicaciones, estos pacientes deben ser animados a realizar el entrenamiento de resistencia ≥ 2 veces / semana.

Fuente: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2014; 37(1):14-80

1.1.7. Metas glucémicas en la diabetes tipo 2

El control riguroso de la diabetes puede prevenir o retardar el desarrollo de muchas complicaciones de la diabetes. Llevar un buen control de la diabetes significa acercarse lo más posible a un nivel de glucosa en la sangre normal (como el de una persona sin diabetes) y de la forma menos riesgosa posible. En la (tabla 5) se muestran los valores recomendados en dicha población.

Tabla 5. Control glucémico en la diabetes tipo 2

Metas de HbA1C cercanas ó menores al 7%, han mostrado reducción de complicaciones microvasculares y si se implementan poco tiempo después del diagnóstico de diabetes se asocia a reducción a largo plazo de complicaciones macrovasculares
Es aceptable buscar A1C < 6,5% en aquellos pacientes que no presenten hipoglucemia significativa, con corta duración de la diabetes, larga expectativa de vida y sin enfermedad cardiovascular significativa
Es aceptable buscar A1C < 8% en pacientes que han experimentado hipoglucemias graves, limitada expectativa de vida, complicaciones macro y microvasculares avanzadas y condiciones comórbidas extensas, así como en pacientes con diabetes de larga data en quienes el logro de metas es difícil a pesar de una óptima educación o que no les sea posible realizar automonitoreo

A1C <7.0%
Capilar preprandial de glucosa en plasma 70-130 mg/dl
Pico postprandial de glucosa en plasma capilar <180 mg/dl

Fuente: González RI, Rubio LB, Menéndez SA, Serrano RM. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica 2014; 05 (2):1-24

1.1.8. Estilo de vida

La epidemia actual de diabetes probablemente refleja en los cambios en el estilo de vida que lleva a manifestar la enfermedad como los cambios en la dieta que se caracterizan por el aumento de la ingesta de energía con una disminución de la actividad física (sedentarismo) que promueve conjuntamente al sobrepeso y la obesidad, que son factores de riesgo importantes para la diabetes de manera a dar más hincapié al cambio de estilo de vida en cuanto a la patología ya instaurada es decir, en el control y tratamiento de la misma como prevención secundaria.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. Sus componentes como la alimentación, la actividad física, consumo de alcohol, etc. Es decir modificaciones en el estilo de vida de prevención terciaria que pueden retrasar o prevenir factores como la aparición o complicaciones de dicha patología.

Algunas características de la personalidad del individuo pueden determinar las conductas subsecuentes al diagnóstico de una enfermedad es por ello que debe haber dichas modificaciones en el estilo de vida del paciente como prevención primaria de lo contrario el consecuente tratamiento. Para alcanzar el control glucémico, el estilo de vida en el paciente diabético necesariamente implica un cambio significativo y radical.

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: Los estilos de vida son patrones de

conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas.¹⁷

A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida se incorpora al área de la salud. Esta perspectiva olvida casi por completo el marco psicosocial del comportamiento y reduce el concepto de estilo de vida a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud y desde esta perspectiva se introduce el término de estilo de vida saludable.

A principios de los 80 empezaron a introducirse progresivamente en el estudio de los estilos de vida saludables los modelos psicosociales. Desde este enfoque psicosocial destacan los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para impulsar el estudio de los estilos de vida saludables en diferentes etapas del ciclo vital y en diferentes circunstancias, como es el caso de las enfermedades.

El estilo de vida se caracteriza en el individuo por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto tanto positivo como negativo sobre la salud de un individuo y se relacionan con actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona. Se ha observado que varias de las enfermedades degenerativas y metabólicas son condiciones frecuentemente asociadas a un inadecuado estilo de vida. También se ha resaltado que sujetos que acusan conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el riesgo de presentar patologías cardio-metabólicas era menor, al compararse con sus pares que mostraban un estilo de vida inadecuado. En este marco, cobra valor muy alto el de conocer los estilo de vida y su impacto sobre la salud en la población.

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud - enfermedad.¹⁸

Algunos estudios analizados por la Federación Internacional de Diabetes, afirman que el estilo de vida (en sus dominios físico, nutricional, etc.) puede influir positivamente, en el control del paciente diabético, sobre su padecimiento.¹⁹

Se sabe que el estilo de vida saludable disminuye el riesgo de las enfermedades que tienen las mayores tasas de mortalidad a nivel global.²⁰

El estilo de vida saludable, se refiere a comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar, tales como: adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.²¹

Programas de estilo de vida intensivos con seguimiento frecuente están obligados a lograr reducciones significativas en exceso de peso corporal y mejorar la clínica de la enfermedad.²²

1.1.9. Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID)

Para la medición del estilo de vida se obtiene mediante un cuestionario consistente denominado instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID) creada en lengua español y sobre todo, dirigido a la población de paciente con DM2, que actualmente tiene buena aceptación ya que es el primer cuestionario específico y con validez aparente, y de buena consistencia.²³

El cuestionario autoaplicado denominado (IMEVID) permite cubrir la necesidad de un instrumento específico que permita al personal de salud medir el estilo de vida de una manera rápida, válida y confiable. Estas herramientas ayudan tanto a médicos como a pacientes a identificar componentes del estilo de vida perjudiciales de manera conjunta, y así planear intervenciones específicas para poder modificarlos. Su aplicación logra determinar una calidad mejor o peor de vida, basados en un puntaje máximo (100) y determinado por resultados de diferentes grupos estudiados.²³

El IMEVID puede aplicarse inclusive en la sala de espera para obtener de manera rápida y confiable información útil sobre algunos componentes del estilo de vida que pueden ser de importancia para el curso clínico de esta enfermedad, permitiendo identificar conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por los

pacientes, que pueden ser potencialmente modificables mediante consejería específica o integración de los sujetos que lo requieran a grupos de autoayuda o de intervención específica. La aplicación seriada del instrumento pudiera ser de utilidad también para evaluar el efecto de las intervenciones implantadas.

El IMEVID es un cuestionario de 25 reactivos (0, 2, 4: 100 puntos) cada ítem presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de (4, 2 y 0 puntos), donde 4 corresponde al valor máximo deseable en cada respuesta para una puntuación total de 0 a 100 puntos. Los reactivos pueden ser agrupados en siete dominios: Nutrición [9 reactivos (0, 2, 4: 36 puntos)], actividad física [3 reactivos (0, 2, 4: 12 puntos)], consumo de tabaco [2 reactivos (0, 2, 4: 8 puntos)], consumo de alcohol [2 reactivos (0, 2, 4: 8 puntos)], información sobre diabetes [2 reactivos (0, 2, 4: 8 puntos)], emociones [3 reactivos (0, 2, 4: 12 puntos)], adherencia terapéutica [4 reactivos (0, 2, 4: 16 puntos)].

Para la interpretación de los hallazgos se toman las siguientes clasificaciones de puntajes que la determina en dos categorías de 0 a 74 puntos indica un inadecuado estilo de vida y de 75 a 100 puntos indica un buen estilo de vida.

En este sentido, para conocer el comportamiento de una población en particular o proponer apoyo para modificar aquellos perjudiciales para la salud, se han diseñado cuestionarios, que identifican dichos patrones de conducta, muchos de ellos económicos y de fácil aplicación.

Basados en este hecho, en general, la calidad de vida no puede medirse solamente por parámetros objetivos, al contrario, mucho del peso recae principalmente en la valoración subjetiva de cada individuo.

Se ha demostrado repetidamente que el paciente presenta un duelo a la aceptación de una enfermedad que actualmente no tiene cura; ante la perspectiva futura negativa, generalmente entran en una etapa de transición entre seguir el tratamiento y el curso natural de la enfermedad. Los que deciden continuar con su tratamiento el mayor porcentaje presentan una gran aceptación, pero finalmente si el tratamiento no da los resultados que esperaban, el apego se vuelve deficiente y es cuando se inicia un descontrol amplio.

Se considera de especial importancia determinar la calidad de vida de los pacientes con DM2, porque permite un manejo integral del paciente diabético,

favorece su empoderamiento como responsable de su salud y su calidad de vida, reduciendo de esta manera las complicaciones, la mortalidad, los costos de la enfermedad y fomenta acciones que promueven estilos de vida saludables en la población.²⁴

Medir la calidad de vida de un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa aporta un resultado global que incorpora la percepción del este, logrando realizar un tratamiento más especializado para nuestro paciente.

En un estudio realizado en México donde también indagaron acerca del estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2 utilizando el IMEVID hechos por la Dra. Gurrola Peña Gloria Margarita y otros en el año 2008 encontraron como resultado que el 26.67% (n=8) de 30 pacientes tenía un buen estilo de vida.²⁵

Mientras que en otro estudio, hechos por María Mercedes Ramírez Ordoñez y compañeros en el año 2011 utilizando también el IMEVID indagaron el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 donde obtuvieron como resultado que el 80% de los pacientes encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludables, el cual ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad.²⁶

1.2. Justificación

El estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son puntos importantes tanto en el rubro social ya que al tener un buen índice en estos parámetros se traduce con menos días en hospitalización, menor requerimiento de consultas médicas, mejor rendimiento de los pacientes en sus actividades diarias, así como el impacto económico y social al disminuir los costos de atención y sobre todo una relación satisfactoria.

Por lo tanto, se hace necesario indagar el estilo de vida que conllevan los pacientes para ello se recurrirá mediante una encuesta para evaluar los componentes del estilo de vida de cada paciente, los dominios a ser investigados son 7: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica de tal manera, a conocer los resultados para luego tomar medidas de intervenciones sobre ello como mejorar, modificar o fortalecer el estilo de vida de los mismos y así prevenir complicaciones de la patología de los cuales ciertos beneficios se les atribuirá para el mejoramiento de sus estilo de vida.

Por consiguiente, el instrumento a ser utilizado a medir el estilo de vida de dichos pacientes será el IMEVID un instrumento específico con validez de apariencia, validez de contenido y fiabilidad.²³

Llegando así como objetivo principal o general de la investigación describir el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación utilizando dicho instrumento (IMEVID) de acorde a los resultados a fortalecer o modificar el estilo de vida que conllevan los pacientes.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación utilizando la encuesta IMEVID durante Octubre del 2014?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación utilizando la encuesta IMEVID durante Octubre del 2014.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1. Caracterizar la muestra clínica y demográficamente.
- 2.2.2. Identificar la frecuencia de consumo de alimentos, prácticas relacionadas a la alimentación, actividad física y las actividades en el tiempo libre.
- 2.2.3. Determinar el consumo de tabaco y alcohol.
- 2.2.4. Valorar la actitud sobre la búsqueda de información acerca de la enfermedad, participación en charlas educativas, emociones frente a su enfermedad y adherencia terapéutica nutricional y farmacológica.
- 2.2.5. Determinar la frecuencia del diagnóstico de estilo de vida adecuada según puntajes totales del IMEVID, los dominios con mayor aceptación, las edades comprendidas con mayor estilo de vida adecuada en la muestra del estudio y tiempo de padecimiento con el mayor porcentaje de un estilo de vida adecuada.
- 2.2.6. Establecer posibles asociaciones entre sexo, actividad física y emociones con estilo de vida.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño metodológico

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal con componente analítico.

3.2. Descripción del lugar de la investigación

El Programa Regional de Diabetes se encuentra dentro del Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Itapúa – Paraguay. El Programa fue creado hace 13 años, el cual cuenta con 3000 pacientes aproximadamente. Dicho Programa se encuentra a cargo del Dr. Fabián Ruschel. La atención diaria de pacientes al día es de 20 aproximadamente. El estudio donde fue llevado a cabo la investigación o la recolección de datos se realizó como primera intervención en el auditorio del Hospital donde el Programa llevó a cabo una charla para los pacientes con la participación de 130 aproximadamente. Y para la segunda intervención fueron tomados el resto para cerrar la cantidad de la muestra en la sala de espera del Programa.

3.3. Periodo de estudio

La investigación fue comprendida entre fines del mes de octubre 2014 a enero del 2015.

3.4. Población

3.4.1. Población Diana o población enfocada

Adultos con diabetes mellitus tipo 2.

3.4.2. Población accesible

Adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación comprendida entre el año 2014 e inicio del año 2015.

3.4.3. Muestra

- **Criterios de inclusión**

- Adultos con DM tipo 2 que acuden al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación.

- Pacientes que acepten participar del estudio.

- **Criterios de exclusión**

- Cuestionarios incompletos.

3.5. Tipo de muestreo

No probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

3.6. Variables

Características demográficas

- Sexo: Cualitativa nominal. Se determina en femenino y masculino.
- Edad: Cuantitativa discreta. Se determina en años de edad.

Característica clínica

- Tiempo de padecimiento de la patología: Cuantitativa discreta. Se determina en años de la patología entre ≤ 5 años, 6 – 10 años y > 10 años.

Variables de interés

- Frecuencia de consumo de alimentos: Consumo de frutas y verduras se determina según casi nunca, algunos días y todos los días. Del consumo de pan de 0 – 1, 2 y 3 o más unidades por día. De tortillas de 0 – 3, 4 – 6 y 7 o más unidades por día.
- Prácticas relacionadas a la alimentación: Repiten el plato de comida, comen alimentos fuera de la casa, comen alimentos entre comidas (picoteo), agregan sal a los alimentos que consumen y agregan azúcar a sus alimentos o bebidas. Consideradas en frecuentemente, algunas veces y casi nunca.

- Actividad física: Si realizan al menos 15 minutos de ejercicio. Consideradas en casi nunca, 1 – 2 veces por semana y 3 o más por semana. Además, se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo consideradas en casi nunca, algunas veces y casi siempre.
- Actividades en el tiempo libre: Que realizan con mayor frecuencia en sus tiempos libres. Categorizadas en ver televisión, trabajos en casa o salir de casa.
- Consumo de tabaco: Fuman categorizadas en no fuma, algunas veces o fuma a diario. Cantidad de cigarrillos que fuman al día categorizadas en ninguno, 1 – 5 y 6 o más unidades.
- Consumo de alcohol: Beben alcohol categorizadas en nunca, rara vez y 1 vez o más por semana. Cantidad de bebidas alcohólicas que ingieren en cada ocasión categorizadas en ninguna, 1 – 2 y 3 o más.
- Actitud sobre la búsqueda de información acerca de la enfermedad: Tratan de obtener información sobre la diabetes categorizada en casi siempre, algunas veces y casi nunca.
- Participación en charlas educativas: Cuantas charlas para personas con diabetes han asistido categorizada en 4 o más, 1 – 3 o ninguna.
- Emociones frente a su enfermedad: Se enojan con facilidad, se sienten tristes y si tienen pensamientos pesimistas sobre su futuro categorizadas en casi siempre, algunas veces y casi nunca.
- Adherencia terapéutica nutricional: Hacen su máximo esfuerzo por tener controlada la diabetes y siguen dieta para diabéticos categorizadas en casi siempre, algunas veces y casi nunca.

- Adherencia terapéutica farmacológica: Olvidan tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina y siguen las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado categorizadas en casi siempre, algunas veces o casi nunca.
- Frecuencia de estilo de vida: Se determinará en número (n) y porcentaje (%).
- Dominios con mayor aceptación: Se determinarán en número (n) y porcentajes (%).
- Edades comprendidas con mayor estilo de vida adecuado: Se determinará en años de edad, número (n) y porcentajes (%) de las personas.
- Tiempo de padecimiento de la patología con el mayor porcentaje de un estilo de vida adecuada: Se determinará en años de evolución de la enfermedad, número (n) y porcentajes (%) de la población mayoritaria.

3.7. Manual de procedimientos

Para realizar la investigación se solicitó previamente la solicitud de permiso autorizado con la firma del Dr. Fabián Ruschel director del Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación de forma escrita (anexo 2) dirigiendo la nota a la Dra. Carolina Madrazo directora del Hospital Regional de Encarnación dando a conocer el tema del trabajo de investigación para dicha ejecución del mismo.

Ya contando con la autorización correspondiente se estableció una fecha en la cual los pacientes tendrían una charla educativa con respecto a la enfermedad, llegada la fecha se prosiguió a la toma de datos con un consentimiento informado de la población de manera a completar la encuesta instrumento primario la cual consistió en la encuesta IMEVID²³ (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) un instrumento autoaplicado con 25 preguntas y tres opciones como respuestas. Contando con una participación de 130 pacientes aproximadamente

para la toma total de la cantidad de muestra se hizo una segunda intervención para la recolección de datos dentro del Programa de Diabetes en día de atención de los pacientes en sala de espera, completando así la recolección de los datos.

3.8. Cuestiones estadísticas

3.8.1. Tamaño de la muestra: cálculo del tamaño de la muestra

Un estudio realizado en México en el cual estudiaron el estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2 encontró que el 26,67% de la muestra estudiada presentaba un buen estilo de vida a través del IMEVID.²⁵

Basado en este estudio se considera una proporción esperada de 0,25 una amplitud total del intervalo de confianza de 0,15 y un nivel de confianza del 95%. Se estima un cálculo de tamaño de la muestra mínima de 128 pacientes. En el cual se decidió tomar 150 pacientes por posibles exclusiones de pacientes o datos.

3.8.2. Análisis de datos

Para los cálculos estadísticos se utilizó el programa informático Epi info 2007 versión 3.5.4

Las variables cuantitativas han sido expresadas como media \pm desvío estándar y las variables cualitativas en frecuencia Absoluta (n) y relativa (%).

Se estudiaron posibles asociaciones mediante la prueba de X^2 . Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$

Los resultados fueron expresados en forma de gráficos y tablas para una mejor visualización de los hallazgos del estudio.

3.9. Cuestiones éticas

3.9.1. Principios de Justicia y beneficencia. Declaración de Helsinki

Para la realización del trabajo se solicitó un permiso a la Dra. Carolina Madrazo directora del HRE con la firma del encargado del Programa Regional de Diabetes (PRD) el Dr. Fabián Ruschel de forma escrita.

Se garantizó la confidencialidad de los participantes, resguardando su identidad e informes, respetando el principio de Autonomía.

Los pacientes fueron informados acerca de la finalidad del estudio, el carácter no invasivo del mismo, la herramienta utilizada, explicándoles que el estudio realizado no constituiría un riesgo para el estado de salud, y que la negativa a participar no atentaría contra la calidad de la atención que reciben en el Programa, respetando el principio de Justicia.

En cuanto al principio de beneficencia, el manejo y la custodia de los datos obtenidos son de exclusiva responsabilidad del investigador y su difusión solo será realizada a través de presentaciones o publicaciones cuyo fin será científico o académico y los resultados serán proporcionados al encargado del Programa de manera a modificar o intensificar en cuanto al estilo de vida de los pacientes lo cual ellos también serán beneficiados en la educación con respecto a la enfermedad.

3.9.2. Conflicto de interés

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

3.9.3. Consentimiento informado de los sujetos

A la directora general del Hospital Regional de Encarnación (HRE) se solicitó un permiso con la firma del responsable del Programa. (Anexo 2)

3.10. Recursos materiales y humanos

3.10.1. Recursos humanos

El investigador, Alumna del Pos-grado, Maestría en Nutrición Clínica, Lic. Gricelda N. Britez Arevalos.

Población accesible, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del Hospital Regional de Encarnación que participaron de la Investigación.

Colaboradores durante la investigación.

3.10.2. Recursos materiales

El formulario de reclutamiento para la base de datos consiste en una encuesta denominada IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) la cual está constituida por 25 preguntas cerradas, agrupadas en 7 dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. El cual determina un buen estilo de vida o un inadecuado estilo de vida por medio de puntajes asignados.

Además, la utilización de papelería y útiles, necesarios para la elaboración, recolección de datos, procesamiento, tabulación de datos, impresión del trabajo, otros.

Equipo informático con programas de Microsoft Word, Excel, Epi info y Power Point.

IV. Resultados

Se estudiaron 150 pacientes con diabetes tipo 2 mediante la encuesta IMEVID de los cuales, el 70% (n=105) pertenece al sexo femenino. La edad promedio es de $61 \pm 10,2$ años, con un rango de 38 a 82 años. Donde la población mayoritaria comprende la edad entre 60 a 79 años con un porcentaje total de la muestra de 54% (n=81).

Y en cuanto al tiempo de padecimiento de la patología el 44% (n=66) de la muestra total padece de la enfermedad entre los 6 a 10 años.

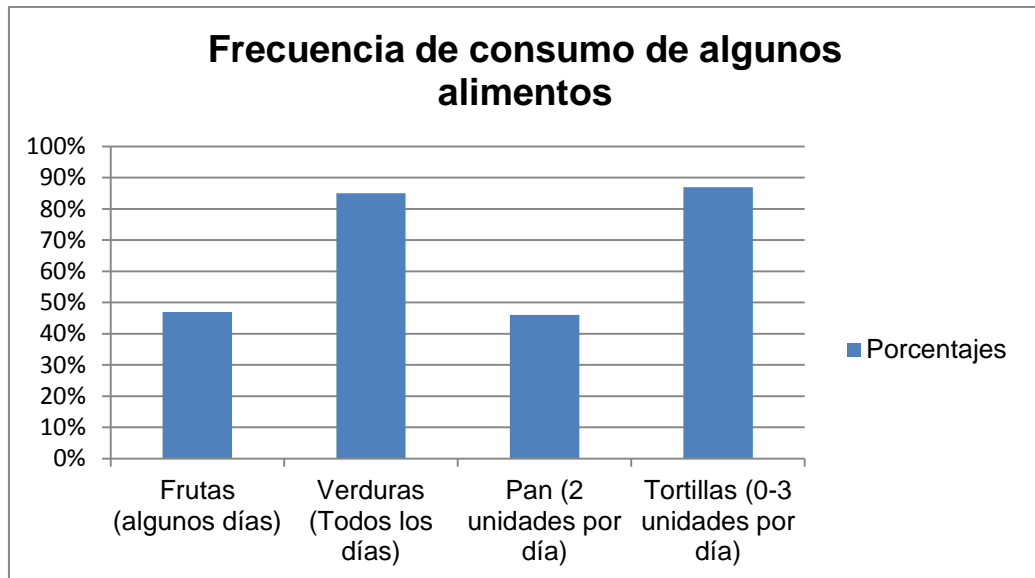
Tabla 6. Sexo, edad y tiempo de padecimiento de la patología de los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

Sexo	Total (%) (n=150)	Edad			Total (n=150)	Tiempo de padecimiento de la patología			Total (n=150)
		38-59 años	60-79 años	≥80 años		≤5 años	6-10 años	>10 años	
F	70% (n=105)	50	53	2	105	49	45	11	105
M	30% (n=45)	14	28	3	45	14	21	10	45
Total	100% (n=150)	64	81	5	150	63	66	21	150

N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

Gráfico 1. Frecuencia de consumo de frutas, verduras, pan y tortillas en los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

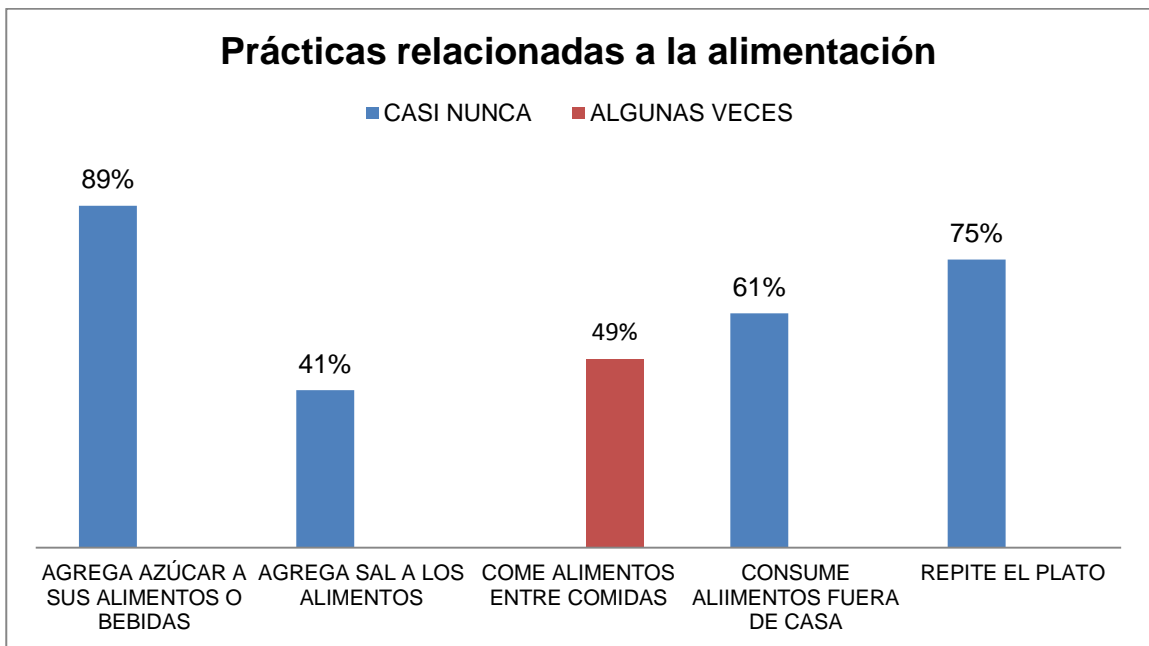


N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

Mayoritariamente el 85% de la población consume verduras todos los días en cuanto a frutas el 47% consume algunos días, el 46% consume 2 unidades de pan al día y el 87% consume entre 0 a 3 unidades de tortillas al día.

Gráfico 2. Prácticas relacionadas a la alimentación en los diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

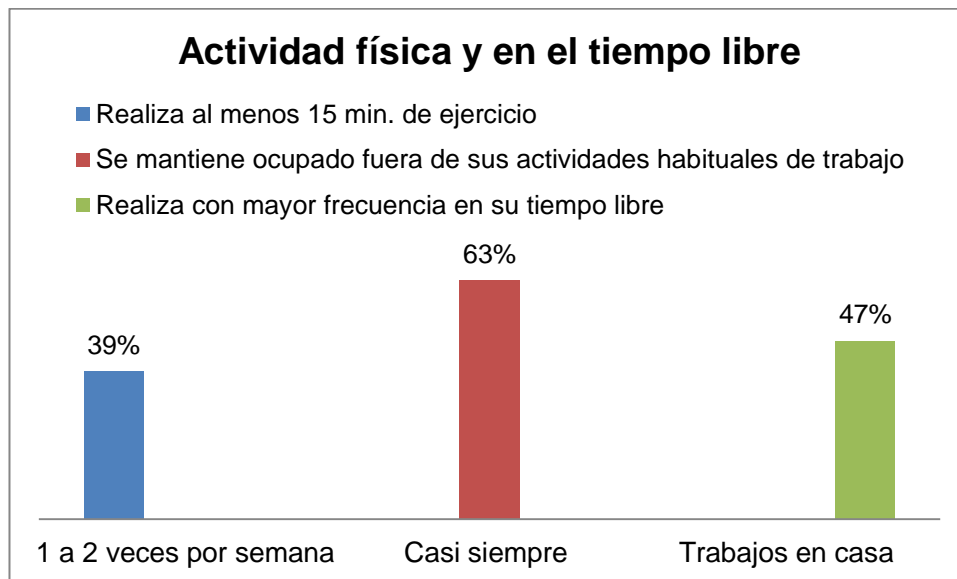


N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

El 89% de la población casi nunca agrega azúcar a sus alimentos o bebidas, el 41% casi nunca agrega sal a los alimentos cuando lo está comiendo, el 49% algunas veces come alimentos entre comidas, el 61% casi nunca come alimentos fuera de casa, el 75% casi nunca repite el plato.

Gráfico 3. Ejercicio físico en los diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

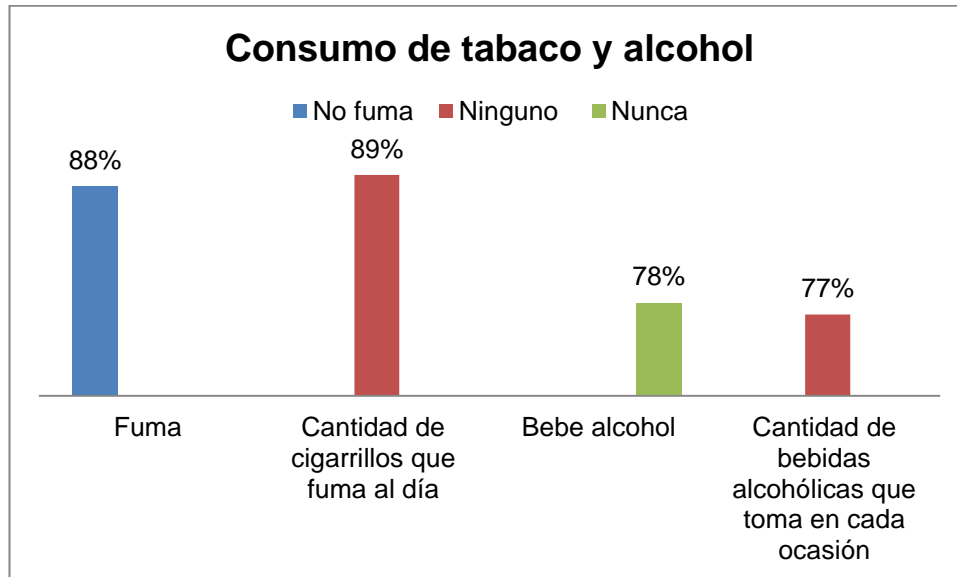


N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

El 39% realiza al menos 15 minutos de ejercicio 1 a 2 veces por semana, el 63% casi siempre se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo y el 47% realiza con mayor frecuencia en su tiempo libre trabajos en la casa.

Gráfico 4. Consumo de tabaco y alcohol en los diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

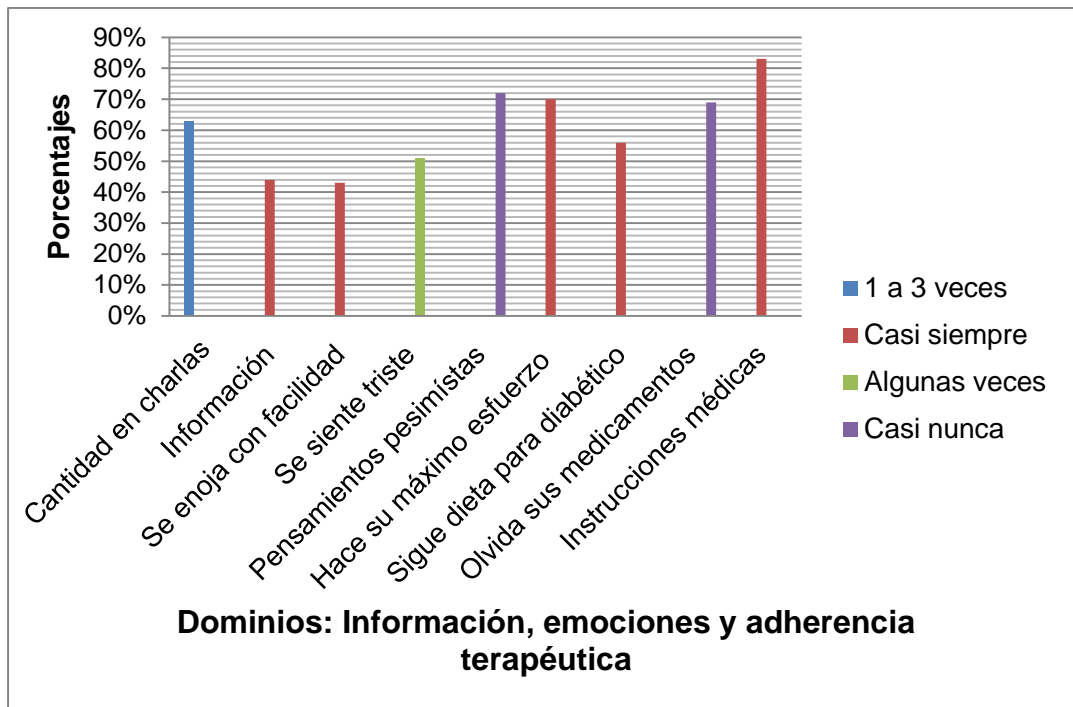


N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

El 88% de la población no fuma, el 89% no fuma ningún cigarrillo al día, el 78% nunca bebe alcohol y el 77% no toma ninguna bebida alcohólica en cada ocasión.

Gráfico 5. Información acerca de la patología, emociones y adherencia terapéutica en los diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE



N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

El 63% de la población ha asistido de 1 a 3 veces en charlas educativas para personas con diabetes, el 44% de la población casi siempre trata de obtener información sobre la diabetes, el 43% casi siempre se enoja con facilidad, el 51% algunas veces se siente triste, el 72% casi nunca tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro, el 70% casi siempre hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes, el 56% casi siempre sigue dieta para diabético, el 69% casi nunca olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina y el 83% casi siempre sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado.

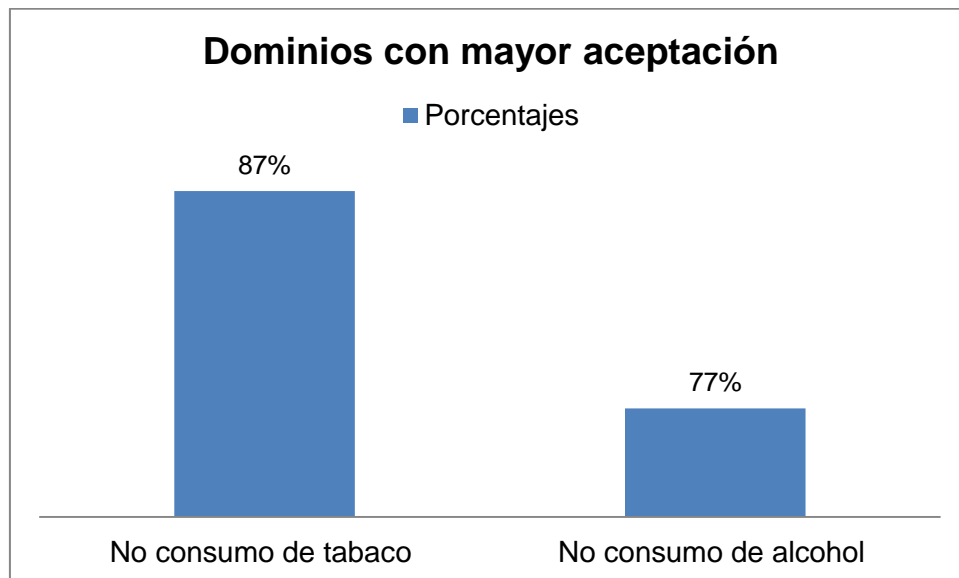
Tabla 7. Frecuencia del diagnóstico de estilo de vida adecuada según puntajes totales del IMEVID en la muestra de estudio de personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

Puntaje IMEVID	BUEN ESTILO DE VIDA (75-100 PTS)		INADECUADO ESTILO DE VIDA (0-74 PTS)	
	FREC.	PORCENT.	FREC.	PORCENT.
	65	43%	85	57%

Fuente: Elaboración propia de la autora

En la tabla anterior se observa la frecuencia del diagnóstico según puntajes totales del IMEVID de los participantes de la investigación, destacando que solo un 43% de los participantes obtuvieron puntajes iguales o por arriba de 75 puntos, que de acuerdo con la interpretación de la prueba, son indicativos de un buen estilo de vida en la diabetes y más de la mitad de los participantes tuvieron puntajes que son interpretados como un estilo de vida inadecuado.

Gráfico 6. Dominios con mayor aceptación por parte de los diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

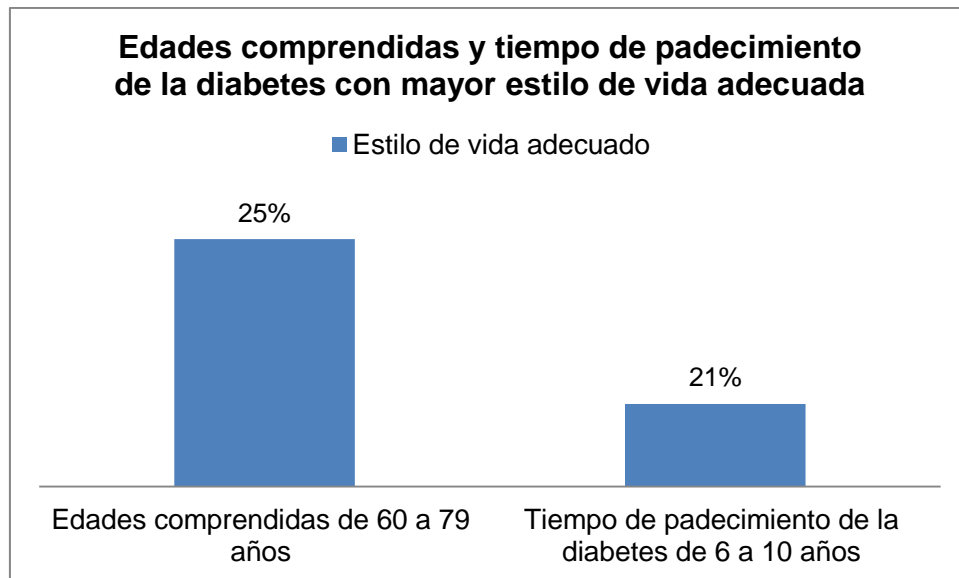


N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

Los dominios con mayor aceptación por parte de la población son el no consumo de tabaco en un 87% y no consumo de alcohol en un 77%.

Gráfico 7. Edades comprendidas y tiempo de padecimiento de la patología con mayor estilo de vida adecuada de los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE



N: 150

Fuente: Elaboración propia de la autora

El 25% de la población lleva un buen estilo de vida entre pacientes de 60 a 79 años de edad y el 21% de la población diagnosticada con la patología desde hace 6 a 10 años de evolución llevan un buen estilo de vida.

Tabla 8. Estilo de vida por sexo de los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

Sexo	Estilo de vida	
	Estilo de vida adecuada	Estilo de vida inadecuada
F	80% (n=52)	62,4% (n=53)
M	20% (n=13)	37,6% (n=32)
Total % (n)	100% (n=65)	100% (n=85)
X² Uncorrected: 5, 46		
p valor: 0, 019		

Fuente: Elaboración propia de la autora

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre el estilo de vida y sexo, siendo mayor en los hombres.

Tabla 9. Actividad física por estilo de vida en los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

Actividad física	Estilo de vida	
	Estilo de vida adecuada	Estilo de vida inadecuada
Cero puntos (0)	24,6% (n=16)	25,9% (n=22)
Cuatro puntos (4)	29,2% (n=19)	45,9% (n=39)
Ocho puntos (8)	40% (n=26)	28,2% (n=24)
Doce puntos (12)	6,2% (n=4)	0% (n=0)
Total % (n)	100% (n=65)	100% (n=85)
X² Uncorrected: 9, 42		
p valor: 0, 024		

Fuente: Elaboración propia de la autora

Existe una diferencia significativa entre actividad física y estilo de vida en los pacientes.

Tabla 10. Emociones por estilo de vida en los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de Diabetes (PRD) del HRE

Emociones	Estilo de vida	
	Estilo de vida adecuada	Estilo de vida inadecuada
Cero puntos (0)	9,2% (n=6)	27,1% (n=23)
Cuatro puntos (4)	55,4% (n=36)	38,8% (n=33)
Ocho puntos (8)	23,1% (n=15)	24,7% (n=21)
Doce puntos (12)	12,3% (n=8)	9,4% (8)
Total % (n)	100% (n=65)	100% (n=85)
X²: Uncorrected: 8, 58		
p valor: 0, 035		

Fuente: Elaboración propia de la autora

Existe una diferencia significativa entre las emociones y el estilo de vida en los pacientes.

V. DISCUSIÓN

Con las normas recomendadas por la ADA (2007) que sugieren cambios sustanciales en el estilo de vida de la persona, la mayoría de quienes padecen diabetes observan patrones conductuales desordenados en su estilo de alimentación, no realización de actividad física, falta de sistematización en la toma de medicamentos, etc.

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

De los datos obtenidos en este estudio se encontró que en la población estudiada predominaba el sexo femenino y la edad promedio es de $61 \pm 10,2$ años, con un rango de 38 a 82 años. En cuanto al tiempo de padecimiento de la patología se encontró mayoritariamente entre los 6 a 10 años de evolución de la misma.

En el dominio de nutrición se encontró que los pacientes en su mayoría consumen verduras todos los días en cuanto a frutas consumen algunos días, consumen 2 unidades de pan al día, de 0 a 3 unidades de tortillas al día, casi nunca agregan azúcar a sus alimentos o bebidas, casi nunca agregan sal a los alimentos cuando lo están comiendo, algunas veces comen alimentos entre comidas, casi nunca comen alimentos fuera de la casa y casi nunca repiten el plato de comida.

Situación contraria en algunos resultados y similares en otros, otro estudio realizado por María Mercedes Ramírez Ordoñez y otros encontraron que la mayoría de los pacientes consumen frutas y verduras algunos días de la semana, consumen de 0 a 1 pieza de pan al día, no comen alimentos entre comidas ni fuera de la casa y casi nunca agregan sal ni azúcar a sus alimentos ya preparados.²⁶

En el dominio de actividad física el mayor porcentaje de la población realiza al menos 15 minutos de ejercicio 1 a 2 veces por semana, casi siempre se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo, con mayor frecuencia en sus tiempos libres realizan trabajos en la casa.

Mientras que comparando con el mismo estudio anterior la gran mayoría de su población casi nunca realizaron actividades físicas, algunas veces se mantenían ocupados en sus tiempos libres realizando trabajos en el hogar.²⁶

En el dominio siguiente de consumo de tabaco y alcohol el mayor porcentaje de los pacientes no fuman por lo tanto, no fuman ningún cigarrillo al día, nunca beben alcohol por lo tanto, no toman ninguna bebida alcohólica en cada ocasión. Por lo que se considera un beneficio o efecto protector para la salud de la población de manera que el consumo moderado de alcohol a largo plazo tiene efectos perjudiciales sobre la glucosa en sangre en las personas con diabetes.²⁷

Al Comparar dichos resultados con el estudio anteriormente citado, obtuvieron una situación similar encontrada donde el mayor porcentaje de los pacientes no fumaban y no bebían bebidas alcohólicas.²⁶

En el siguiente dominio de información, emociones y adherencia el mayor porcentaje de la población ha asistido de 1 a 3 veces en charlas educativas para personas con diabetes, casi siempre tratan de obtener información sobre la diabetes, casi siempre se enojan con facilidad, algunas veces se sienten tristes, casi nunca tienen pensamientos pesimistas sobre su futuro, casi siempre hacen su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes, casi siempre siguen dieta para diabéticos, casi nunca olvidan tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina y casi siempre siguen las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado.

Dado que en el otro estudio realizado los resultados fueron que no han asistido a charlas sobre la diabetes y algunas veces trataban de buscar información por sus propios medios. En cuanto a emociones algunas veces se enojaban con facilidad, casi nunca se sentían tristes ni tenían pensamientos pesimistas sobre su futuro, algunas veces seguían dieta para diabéticos, casi nunca olvidaban tomar sus medicamentos y seguían las instrucciones médicas.²⁶

Llegando así como resultado de este estudio que el 43% de la población posee un buen estilo de vida y el resto un estilo de vida inadecuado. (Tabla 7)

Comparado con el estudio referenciado que obtuvo un 26.67% un buen estilo de vida.²⁵

Continuando, entre los dominios con más aceptación por la población fueron el dominio de consumo de tabaco y alcohol. La mayoría de los pacientes resultó favorable en los hábitos de consumo de tabaco y alcohol (no consumen). (Gráfico 6)

En cuanto a las edades comprendidas con mayor estilo de vida adecuada fueron entre 60 a 79 años de edad. De la misma forma en el otro estudio realizado, los sujetos mayores de 60 años de edad calificaron mejor en algunos de los dominios.²³

Los sujetos con 6 a 10 años desde el diagnóstico de la DM2 mostraron un mayor porcentaje de un adecuado estilo de vida.

Lo anterior pudiera explicarse porque a mayor edad los pacientes presentan más enfermedades o complicaciones que ensombrecen su pronóstico, por lo que parecen estar dispuestos a modificar su estilo de vida y seguir las indicaciones médicas, con el fin de mejorar su evolución, preservar la función y prolongar la vida.

Similar al estudio realizado que se encontró que los sujetos con más de cinco años desde el diagnóstico de la DM2 mostraron mejores calificaciones en algunos de los dominios. Posiblemente por haber estado expuestos durante más tiempo a acciones de consejería individual o grupal durante los años en los que han acudido para su tratamiento médico.²³

Y por último en cuanto a las asociaciones entre variables se encontró que el estilo de vida por sexo existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas variables, siendo mayor en los hombres. (Tabla 8)

Otra variable con una diferencia estadísticamente significativa se encontró con el dominio de actividad física y el estilo de vida. (Tabla 9)

Y la última de las variables es el dominio de emociones con el estilo de vida también con una diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 10)

Así, el estilo de vida entra en una especie de círculo vicioso, que es parte de las causas de la enfermedad y al mismo tiempo del adecuado o inadecuado al

tratamiento para la diabetes, mejorando la condición o complicar aún más su condición de quien padece la enfermedad.

VI. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

Sabemos que el mejor método para medir el estilo de vida pudiera ser la observación directa de las conductas en la vida cotidiana, pero esta tarea es poco factible de realizar por el personal de salud.

Una ventaja potencial en el sentido de que el instrumento sea de autoadministración es que las respuestas obtenidas reflejan patrones de actitud o conducta asumidas como ciertas por los pacientes, lo cual permite plantear estrategias de cambio partiendo de la propia visión de los sujetos.

En resumen, la muestra de la población era predominio del sexo femenino, el promedio de edad es de $61 \pm 10,2$ años, con un rango de 38 a 82 años. En cuanto al tiempo de padecimiento de la patología se encontró mayoritariamente entre los 6 a 10 años de evolución de la misma.

En el dominio de nutrición se encontró que los pacientes en su mayoría consumen verduras todos los días en cuanto a frutas consumen algunos días, consumen 2 unidades de pan al día, de 0 a 3 unidades de tortillas al día, casi nunca agregan azúcar a sus alimentos o bebidas, casi nunca agregan sal a los alimentos cuando lo están comiendo, algunas veces comen alimentos entre comidas, casi nunca comen alimentos fuera de la casa y casi nunca repiten el plato de comida.

En el dominio de actividad física el mayor porcentaje de la población realiza al menos 15 minutos de ejercicio 1 a 2 veces por semana, casi siempre se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo, con mayor frecuencia en sus tiempos libres realizan trabajos en la casa.

En el dominio siguiente de consumo de tabaco y alcohol el mayor porcentaje de los pacientes no fuman por lo tanto, no fuman ningún cigarrillo al día, nunca beben alcohol por lo tanto, no toman ninguna bebida alcohólica en cada ocasión.

En el siguiente dominio de información, emociones y adherencia el mayor porcentaje de la población ha asistido de 1 a 3 veces en charlas educativas para personas con diabetes, casi siempre tratan de obtener información sobre la diabetes, casi siempre se enojan con facilidad, algunas veces se sienten tristes, casi nunca tienen pensamientos pesimistas sobre su futuro, casi siempre hacen su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes, casi siempre siguen dieta para

diabéticos, casi nunca olvidan tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina y casi siempre siguen las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado.

Llegando así como resultado de este estudio que el 43% de la población posee un buen estilo de vida y el resto un estilo de vida inadecuado. (Tabla 5)

Se vió que los dominios con mayor aceptación por la gran mayoría de la población fueron el consumo de tabaco y alcohol (no consumen). Constituyendo así los dominios más saludables y con mayor cumplimiento lo cual confiere un efecto protector para la salud de los mismos.

En cuanto a las edades que comprenden un porcentaje mayor de un adecuado estilo de vida se encontró entre los 60 a 79 años de edad. Pudiendo explicar que ya con el transcurrir de los tiempos fueron más veces sometidos a educación general en cuanto a lo que respecta la enfermedad.

El tiempo de padecimiento entre los 6 a 10 años desde el diagnóstico de la DM2 mostraron un mayor porcentaje de un adecuado estilo de vida. Mostrando así que a mayor edad y mayor tiempo de evolución de la patología se muestran mejores o buen estilo de vida.

Pudiendo encontrar o detectar al final de dicho estudio diferencias significativas entre las variables como sexo, actividad física y emociones con estilo de vida.

De este modo, se afirma que el estilo de vida adecuado, influye en la mejoría de la evolución de la enfermedad.

Conocer el estilo de vida en pacientes diabéticos, permitiría implementar de modo oportuno y precoz estrategias terapéuticas tendientes a generar cambios positivos característicos de un estilo de vida saludable.

Una fuente de sesgo en el presente trabajo es el aspecto importante para considerar en este tipo de cuestionarios es la posibilidad de obtener respuestas socialmente aceptables en la mayoría de los casos.

Y en cuanto a recomendaciones se sugiere que las intervenciones educativas deben ser continuas, para mejorar el estilo de vida de los pacientes.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo deberán además, considerarse para consolidar el Programa de Diabetes por lo que dichas intervenciones educativas generan conocimientos y fortalecimiento en lo que compete a componentes del estilo de vida de igual forma para la extensión a la población de la estrategia de atención que se ha implementado en el Programa en el instituto hospitalario de manera a reducir y sobre todo a prevenir complicaciones de la enfermedad y disminuir así los costes que requiere dicha enfermedad.

Por último, enfocar más la atención o la implementación de nuevas estrategias para la población más joven de manera a que ellos se encuentran más activos y con tiempos más limitados para el cumplimiento médico y nutricional caso contrario a pacientes de edad más avanzada que ya se encuentran algo más inactivos, con más tiempo de poder cumplir las instrucciones que requiere la enfermedad, y el factor fundamental el conocimiento ya que con más años de edad y tiempo de evolución de la patología genera un mayor estilo de vida adecuado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care* 2014; 37 (1).
2. Lancheros PL, Pava CA, Bohórquez PA. Identification adherence to nutritional therapy using the model of Knowledge, Attitudes and Practices in a group of people with Diabetes Mellitus type 2 treated by Colombian Diabetes Association. *Diaeta* 2010; 28(133):17-23.
3. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet* 2011; 378(9785):31–40.
4. Global status report on noncommunicable. World Health diseases Organization 2011.
5. Nam HC, Whiting D, Guariguata L, Montoya P, Forouhi N, Majeed A, et al. Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes 2013.
6. Cañete F. Primera encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Paraguay 2011.
7. Diabetes Prevention Program (DPP) National Institutes of Health NIH 2008; 09: 5099.
8. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009; 374:1677–1686.
9. Diabetes Prevention Program Research Group. The 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an

intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care* 2012; 35:723–730.

10. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37(1):81–90.
11. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1327–1334.
12. Sunyer X, Blackburn G, Brancati FL. Look AHEAD Research Group. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the Look AHEAD trial. *Diabetes Care* 2007; 30:1374–1383.
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37(1):14-80.
14. Azadbakht L, Fard NR, Karimi M. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) eating plan on cardiovascular risks among type 2 diabetic patients: a randomized crossover clinical trial. *Diabetes Care* 2011; 34:55–57.
15. Alison B, Evert MS, Boucher JL, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer E, et al. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 2014; 37(1).
16. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B. American College of Sports Medicine; American Diabetes Association. Exercise and type 2 diabetes. The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care* 2010; 33:2692–2696.

17. World Health Organization. Lifestyles and health. Soc. Sci Med 1986; 22(2):117-124.
18. Zichela I. The importance of lifestyle after menopause. En mujeres hipertensas y no hipertensas de mediana edad. Rev. Biol 2004; 18(1).
19. IDF Clinical guidelines task force. Guía global para la diabetes tipo 2. Federación internacional de Diabetes 2006.
20. Barrett EJ. Diabetes epidemic is a worldwide threat. Competencias para la promoción del estilo de vida saludable. Horiz Sanit 2006; 5(3).
21. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile Development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36(2):76-81.
22. Frenk MJ. Programa de acción. Diabetes mellitus. Secretaría de Salud México 2001; 01: 721-970.
23. López LM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2003; 45(4):259-268.
24. Romero ME, Acosta OS, Carmona CI, Jaimes SA, Masco MM, Páez GA, et al. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia Rev. Cien Bioméd 2010; 1(2):190-198.
25. Balcázar P, Gurrola GM, Bonilla MP, Colin HG, Esquivel EE. Estilo de Vida en Personas Adultas con Diabetes Mellitus 2. Rev. Científica electrónica de Psicología México 2008; 6: 147-158.

26. Ramírez MM, Ascanio M, Coronado MP, Gómez CA, Mayorga LD, Medina R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia y Cuidado* 2011; 8:1.
27. Bantle AE, Thomas W, Bantle JP. Metabolic effects of alcohol in the form of wine in persons with type 2 diabetes mellitus. *Metabolismo* 2008; 57:241–245.
28. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013; 368:1279–1290.
29. Arcega DA, Celada NA. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46 (6): 685-690.
30. López JM, Rodríguez JR, Ariza CR, Martínez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria* 2004; 33(1):20-7.
31. John P, Bantle JW. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31(1).
32. Canadian Diabetes Association Expert Committee. Canadian Diabetes Association clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2003; 27:1-152.
33. American Diabetes Association. Physical activity/exercise and diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26(1):73-77.

34. Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM. Macronutrients, food groups, and eating patterns in the management of diabetes: a systematic review of the literature. *Diabetes Care* 2012; 35:434–445.

35. Franch J, Cases A, Perez A, Gillarranz MA, Creus E. Control de los factores de riesgo y estilo de vida en diabetes mellitus tipo 2: estudio DIABECAP. Posters Congreso de las enfermedades cardiovasculares. *Rev. Esp. Cardiología* 2010; 63, 3 (1):217.

36. Flórez L, Carranza WA. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 25: 63-82.

VIII. APÉNDICE Y ANEXOS

ANEXO 1. Planilla de recolección de datos: CUESTIONARIO IMEVID

"Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación utilizando la encuesta IMEVID"

Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas.

Sexo: F - M

Edad: años

	4 puntos	2 puntos	0 puntos	
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come	0 a 3	4 a 6	7 o más	

al día?				
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	

rápido, correr o algún otro)				
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con	4 o más	1 a 3	Ninguna	

diabetes ha asistido?				
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	

insulina?				
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

Gracias por sus respuestas

ANEXO 2. SOLICITUD DE PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO



Universidad Nacional de Itapúa
Facultad de medicina
Creada por Ley 1009 de fecha 03 de Diciembre de 1.996
Dirección de Posgrado



Encarnación, 31 de Octubre del 2014

Señora:

Dra. Carolina Madrazo; Directora

Hospital Regional de Encarnación

Me dirijo a Usted a objeto de solicitar que la Lic. Gricelda Brítez, alumna del Curso de Posgrado de Maestría en Nutrición Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa realice su estudio de investigación titulado "Estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2 que asisten al Programa Regional de Diabetes del Hospital Regional de Encarnación a través de la encuesta IMEVID, durante Octubre del 2014"

El objetivo principal del estudio es describir el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 del Programa Regional de diabetes.

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable, me despido saludándole muy cordialmente.



[Handwritten signature]
Dr. Fabián Ruschel
Director del Post-Grado
Facultad de Medicina-UNI

HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACION SECRETARIA GENERAL	
Expediente N°	202
Firma:	<i>[Handwritten signature]</i>
Aclaración:	Gloria Gómez
Fecha:	23/02/15
Hora:	10:43

Autorizado - Solicito una copia posterior para la dirección.

[Handwritten signature]
Dra. Carolina Madrazo
Directora General
Hospital Regional de Encarnación

Dirección General Académica
Dirección de Posgrado – Dirección de Docencia Investigación y Extensión Universitaria
Indicadores de Evaluación de TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

Evaluado (a):

Título del Trabajo de Investigación:

Fecha:

ASPECTOS	INDICADORES	PUNTOS ASIGNADOS	PUNTOS LOGRADOS
DE LA ESTRUCTURA METODOLÓGICA	Asistencia a Tutorías programadas.	10	
	Su estructura obedece a las normas establecidas.	5	
	Los objetivos del trabajo son claros y coherentes.	5	
	El diseño esta acorde a lo que se pretende.	2,5	
	Las referencias bibliográficas cumplen las normas establecidas (Vancouver).	5	
	El documento presentado es pulcro, posee correcta ortografía y gramática.	2,5	
	Los resultados están de acuerdo a los objetivos.	10	
	Las conclusiones son pertinentes.	10	
	Presenta de manera adecuada el trabajo, se expresa correctamente y conoce el tema.	10	
Calificación del Tutor / Profesor Investigador: Firma: Aclaración de la firma:		60	
DEL TEMA, SUS RESULTADOS Y CONCLUSIONES	El marco teórico sustenta los aspectos teóricos y científicos de la investigación.	5	
	El trabajo posee beneficios y/o aplicaciones prácticas.	5	
	Anexa los documentos (cuadros, mapas, fotos), pertinentes.	2,5	
	Las referencias bibliográficas son adecuadas (actualizadas y pertinentes).	5	
	Los resultados responden a los objetivos propuestos.	5	
	Las conclusiones son claras, secuenciales y pertinentes.	7,5	
	La presentación esta acorde a su nivel de formación académica, se expresa con corrección, domina el tema.	10	
Calificación de la Mesa Evaluadora (Director Académico del Posgrado, Coordinador Docente del Posgrado, Docentes Invitados) Firma: Aclaración de la firma:		40	
TOTAL		100	

CALIFICACIÓN	NUMERAL	LITERAL
FINAL		

ESCALA	NUMÉRICA	CONCEPTUAL
1 a 59	1 (uno)	REPROBADO
60 a 69	2 (dos)	REPROBADO
70 a 79	3 (tres)	APROBADO
80 a 90	4 (cuatro)	APROBADO
91 a 100	5 (cinco)	APROBADO