

**CONOCIMIENTOS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO II ASISTIDOS EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA (HSJD). PARA GENERAR UN
PLAN DE INTERVENCION EDUCATIVO EN ENFERMERÍA**

Y. S. Espinel Conde*, A. M. Oliveira Vargas**, B. I. Lee Osorno***
Facultad de salud, Departamento de enfermería,
Universidad de Pamplona n/s- Colombia.

RESUMEN

Con el fin de lograr realizar un aporte al personal de salud acerca del fortalecimiento en la educación de los estilos de vida que deben seguir los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II para disminuir las complicaciones e ingresos por la enfermedad. Objetivo: Determinar los estilos de vida de los pacientes que presentan Diabetes Mellitus tipo II. Con el fin de proponer un plan de intervención educativa para el personal de enfermería Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, con la aplicación del instrumento IMEVID, tabular los datos y con base en esto se proponer un plan educativo como derrotero de acción de enfermería. Conclusión: Basado en el conocimiento de los estilos de vida de los pacientes se con Diabetes Mellitus tipo II Se genero un plan de intervenciones de enfermería con el que se pretende vincular al paciente por medio de la educación de estilos de vida.

Palabras Claves: Estilo de vida, Educación, Diabetes

ABSTRACT

In order to make a contribution to the health personnel about the strengthening in the education of the lifestyles that patients with Diabetes Mellitus type II should follow to reduce complications and income from the disease. Objective: To propose an educational intervention plan for nursing staff based on knowledge of the lifestyles of patients with Type II Diabetes Mellitus. Methodology: Descriptive, quantitative cross-sectional study, with the application of the IMEVID instrument, tabulate the data and based on this, propose an educational plan as a course of nursing action. Conclusion: A nursing intervention plan was created with the intention of linking the patient through lifestyles education.

Keywords: Lifestyle, Education, Diabetes

ANTECEDENTES

Diversos estudios dirigidos la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

realizada con el fin de enfatizar la importancia de realizar la educación se encontró:

En diferentes Centros de Salud Urbanos del Área Metropolitana de Monterrey, N.L., México, se examinaba y describía el estilo de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían al control de diabetes y así estudiaban los determinantes individuales para establecer la relación entre el estilo de vida evaluado y el percibido. Dando como aportes las diferentes dimensiones sobre el estilo de vida, en los que cabe mencionar que los principales factores por considerar, de acuerdo con los resultados que manifestaban los participantes en el estudio, están relacionados con las prácticas alimentarias, la falta de actividad física y el estado emocional, de modo que conducen al paciente a vivir prácticas “moderadamente saludables”.

No obstante, en lo que se refiere a la relación con el conocimiento de su enfermedad, es notoria la falta o búsqueda de este conocimiento sobre la enfermedad, al punto de que los sitúa en un estado “poco saludable”. Lo anterior se vincula con el grado de escolaridad que, según Bustos, Bustos, Bustos, Cabrera y Flores (2011), en nuestra población estudiada prevalece el de primaria incompleta, lo cual ubica a los participantes en un riesgo que puede agravar su padecimiento, dado que carecen de las capacidades para recibir la información y, por lo tanto, aprender lo suficiente sobre la enfermedad para crear un interés que, paulatinamente, los lleve a un cambio de conducta y los conduzca a mejorar su estilo de vida.¹

JUSTIFICACIÓN

¹ CANTÚ, P.C Estilos de vida de pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Enfermería actual en costa rica, 27, 1 – 14. <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/15996/15595>

La presente investigación se realizó con el fin de poder analizar si los pacientes diabéticos tipo II que asisten al control del servicio de promoción y prevención “crónicos” tienen adherencia a la información proporcionada por el personal de enfermería en cuanto a los estilos de vida para el autocontrol de la enfermedad y evitar las complicaciones de la misma.

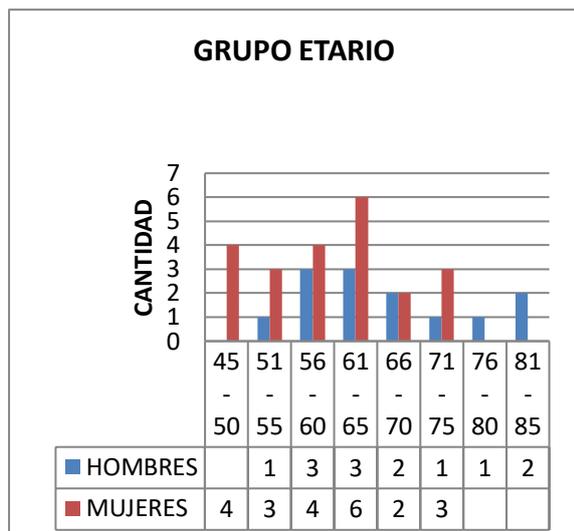
Siendo el que hacer de enfermería “el cuidado”, que busca el mejoramiento de las conductas inadecuadas de salud, se pueden utilizar herramientas que sean accesibles y acordes a las capacidades cognitivas y nivel educativo de la población, es por esto que la educación y la promoción de la salud se convierten en el principal medio de apoyo para incentivar al cambio positivo de los estilos de vida

Los resultados de este estudio podrán ser referentes para la resaltar la necesidad de ejecutar un plan estratégico enfocado en la educación a los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo II, en donde se explique de manera clara y acorde a las capacidades cognitivas y nivel educativo de los pacientes inscritos al programa, también de aquellos que deseen ampliar sus conocimientos acerca de la enfermedad y su cuidado, con el fin de modificar los factores de riesgo personales y familiares.

RESULTADOS:

Análisis de los datos obtenidos en la recolección de información con base en el instrumento de medición de estilos de vida de los pacientes diabéticos tipo II

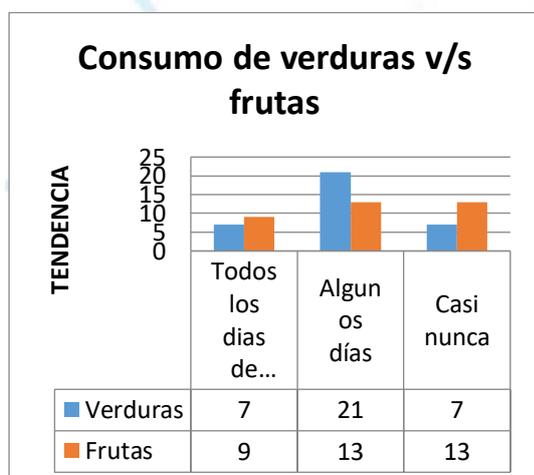
Gráfica 1



Interpretación: La población encuestada la clasificación por sexo fue. Del total de población masculina encuesta el 23% son hombres entre 56 - 65 años, el 15% hombres entre 66 - 70 y 81 - 85 años el 8% entre 71 - 80 y del total de la población femenina el 27% se encuentra entre 61-65 años, el 18% entre 45 - 50 y 56 -60 años el 14% entre 51-55 y 71-75 años y el 9% están entre 66-70 años, los que indica que la población femenina representa mayor porcentaje de diabetes en edades entre 45 y 75 años . *Cuestionario IMEVID. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. 2016*

DIMENSIÓN NUTRICIÓN

Gráfica 2.

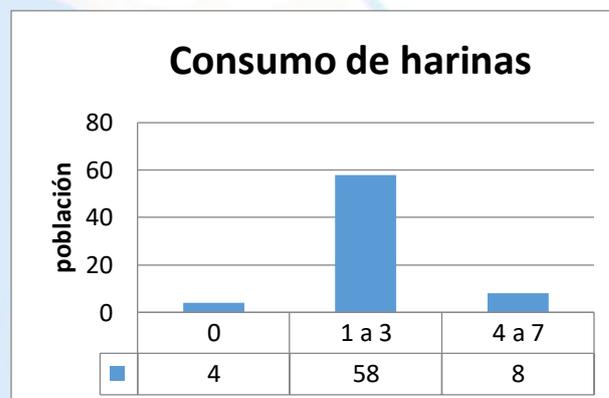


Interpretación: Del 100% de la población que consume verduras el 60% lo hace

algunos días, el 20% todos los días resultados de porcentajes que son iguales en casi, en relación al consumo de frutas el resultado arroja el mismo porcentaje para algunos días y casi nunca con un 37% y todos los días el 26%. Lo que indica que la frecuencia en el consumo de frutas y verduras en las dietas es ocasional con mayor consumo de las verduras. *Cuestionario IMEVID. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. 2016*

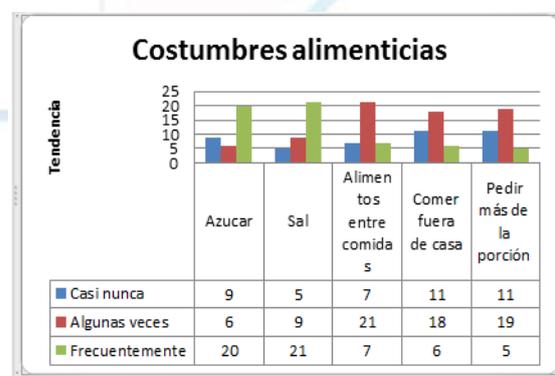
Gráfica 3.

Interpretación: Del total de la población



encuestada el 83% consume al día entre 1 a 3 piezas de pan o pasteles de harina, el 11% entre 4 a 7 y el 6% no consume pan ni pasteles de harina. *Cuestionario IMEVID. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. 2016*

Gráfica 4:

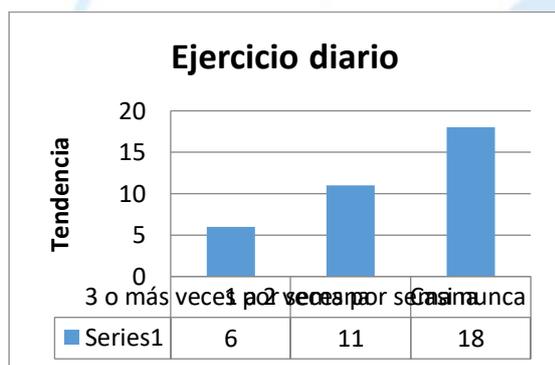


Interpretación: Del 100% de la población encuestada el 36% de la población agrega

frecuentemente sal y el 34% agrega azúcar a sus alimentos, el 12% come alimentos entre comidas, el 10% come frecuentemente fuera y la casa y el 8% pide porción adicional de lo que se le sirve. La población que algunas veces come entre comidas es el 29%, el 26% pide adicional de lo que se sirve, el 25% come fuera de la casa, el 12% agrega sal y el 8% agrega azúcar algunas veces y la población que casi nunca come fuera de casa o pide porción adicional es el 26%, tampoco agrega azúcar el 21%, ni come entre comidas el 16% y el 12% no agrega sal. *Cuestionario IMEVID. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. 2016.*

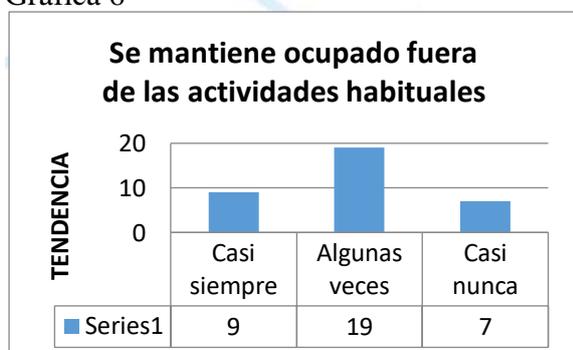
DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA

Gráfica 5



Interpretación: Del 100% de la población encuestada el 52% casi nunca realiza actividad física, el 31% de 1 a 2 veces por semana y el 17% realiza actividad física 3 o más veces por semana.

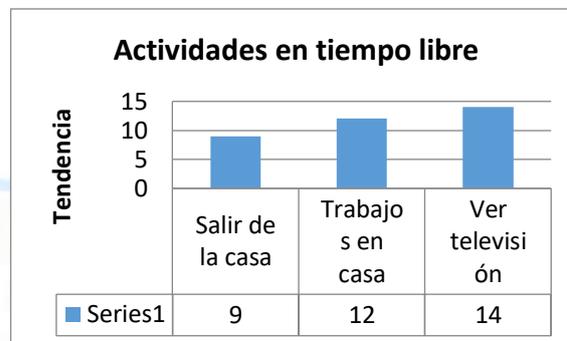
Gráfica 6



Interpretación: Del 100% el 54% algunas veces se mantiene ocupado fuera de la

realización de sus actividades diarias, el 26% casi siempre y 20% casi nunca realiza actividades fuera de sus actividades diarias.

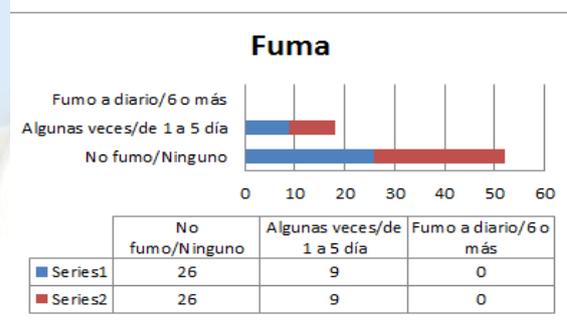
Gráfica 7



Interpretación: Del 100% de los pacientes encuestados el 40% ve televisión en su tiempo libre, el 34% realiza los trabajos del hogar y el 26% sale de la casa.

DIMENSIÓN CONSUMO DE CIGARRILLO

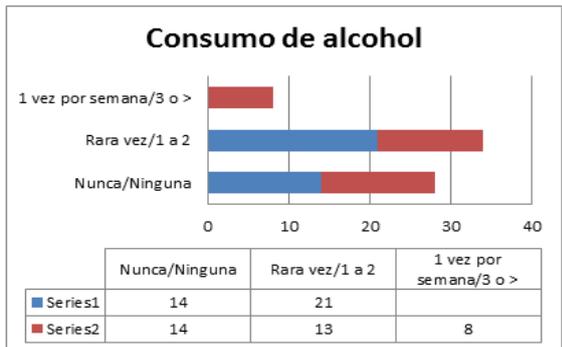
Gráfica 8



Interpretación: Del 100% de la población encuestada el 74% no tiene el hábito de fumar y el 26% restante algunas veces consume cigarrillo entre 1 y 5 días.

DIMENSIÓN CONSUMO DE ALCOHOL

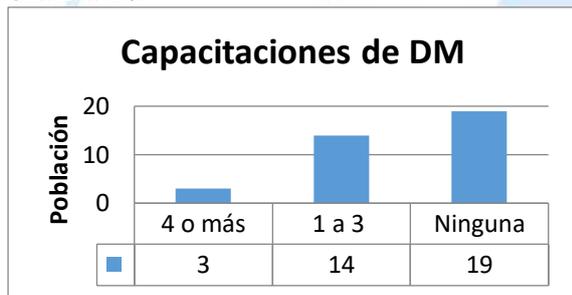
Gráficas 9



Interpretación: Del 100% de la población encuestada el 40% no consume alcohol y el 60% consume rara vez; de la población que consume el 62% consume entre 1 y 2 bebidas en la misma ocasión y el 62% 3 o más.

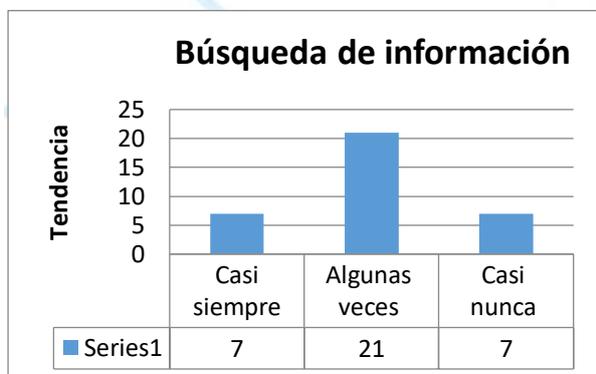
DIMENSIÓN BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Gráfica 10



Interpretación: Del 100% de los pacientes encuestados el 53% a ninguna capacitación (sesiones educativas) acerca de diabetes, el 39% de 1 a 3 y el 8% 4 o más en el año.

Gráfica 11

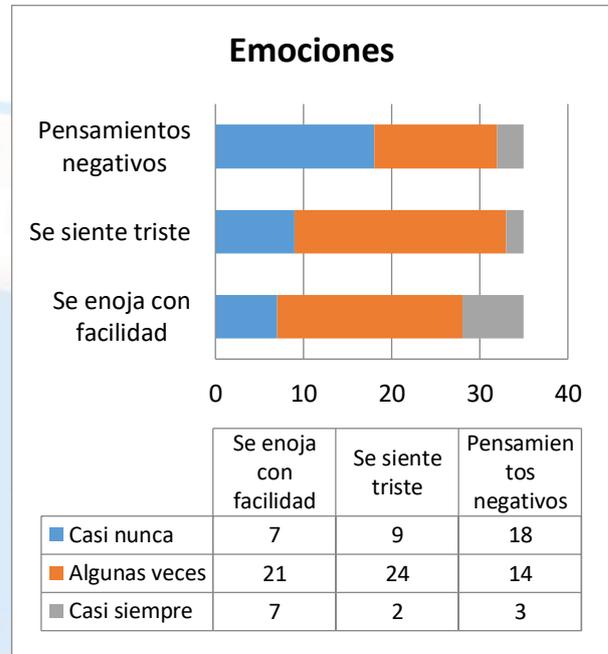


Interpretación: Del 100% de los pacientes encuestados el 60% algunas veces busca información acerca de la diabetes, el 20%

casi siempre y el 20% restante casi nunca busca información acerca de la diabetes.

DIMENSIÓN EMOCIONES GENERADAS POR LA ENFERMEDAD

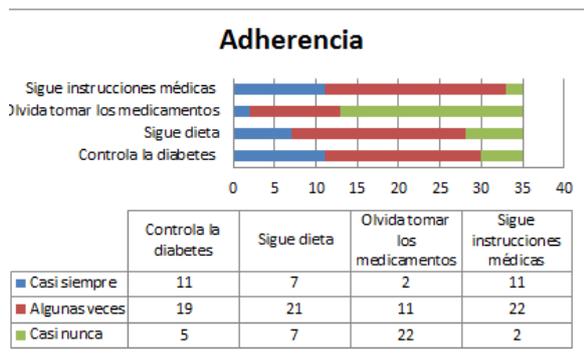
Gráfica 12



Interpretación: Del 100% de la población encuestada los sentimientos frente a su proceso de enfermedad son: El 60% se enoja con facilidad el 20% casi siempre y el 20% restante casi nunca se enoja con facilidad. El 68% se siente triste algunas veces, el 26% casi nunca y el 6% casi siempre se siente triste. El 51% casi nunca tiene pensamientos negativos, el 40% algunas veces y el 9% casi siempre tiene pensamientos negativos acerca del futuro.

DIMENSIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Gráfica 13



Interpretación: Del 100% de la población encuestada con respecto a la adherencia al tratamiento es: 54% Algunas veces hace su máximo esfuerzo para controlar la diabetes, el 32% casi siempre y el 14% casi nunca. El 60% algunas veces sigue la dieta para diabéticos, el 20% casi siempre y el 20% restante casi nunca sigue dieta para diabéticos. El 63% Casi nunca olvida tomar los medicamentos, el 31% algunas veces y el 6% frecuentemente olvida tomar los medicamentos. Y El 63% algunas veces sigue las instrucciones médicas para su cuidado, el 31% casi siempre y el 6% casi nunca sigue las instrucciones médicas para mejorar su cuidado.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos cabe señalar que los datos demográficos de los pacientes diabéticos tipo II se encuentran en edades superiores a los 45 años y en el que en su mayoría está comprendida por el sexo femenino, resultados que se relacionan con el estudio de Montejo Briseño, y de Cantú Martínez en donde los pacientes se encuentran en este mismo rango de edad, predominando el género femenino.

La información obtenida en la presente investigación arroja que no existe un consumo elevado de frutas, mientras que si lo es, en el consumo de harinas, situación que es comparable con la reportada en la investigación de Montejo Briseño, quien informa que el consumo de frutas y

verduras se hace algunos días a la semana en un 58.4% de las mujeres (n=52) y 65.2% en los hombres, estos postulados son reafirmados por Tolosa Muller al mencionar que los hábitos alimentarios poco saludables se encuentran presentes en los pacientes diabéticos tipo II debido a la baja ingesta de verduras y consumo frecuente de alimentos entre las comidas. Por consecuente estos reportes dan a entender que una de las problemáticas que tienen los pacientes con diabetes tipo II, es el desconocimiento que se tiene con relación al mantenimiento de los hábitos alimentarios adecuados y como estos pueden evitar complicaciones en su estado de salud.

En la dimensión de actividad física presente en la investigación se encontró que los pacientes con diabetes tipo II tienden a evitar prácticas en las cuales ejerzan algún tipo de actividad física, ya que el 52% de la población encuestada casi nunca realiza ejercicio mientras que solo el 17% realiza actividad física más de tres veces por semana. Por otra parte la investigación planteada por Ezquerra resalta el escaso nivel de actividad física en los pacientes diabéticos tipo II, que a grandes rasgos es poco frecuente que los pacientes diabéticos incluyan dentro de sus hábitos la práctica de ejercicio, al mismo tiempo en el artículo realizado por Cantú Martínez existe escasa realización de ejercicio reflejando que en un 80% no existe dicho hábito por parte de las personas con diagnóstico de diabetes tipo II, no obstante Tolosa Muller afirma que dentro del 79.2% de personas con diabetes tipo II que ejercen un estilo de vida inadecuado, existe predominio de actividades sedentarias en el tiempo libre, es por tal motivo que se deben generar talleres que permitan a la población ejercer prácticas para aumentar la calidad y cantidad de ejercicio realizado diariamente, siempre resaltando los beneficios de practicar actividad física y los riesgos a los que se exponen cuando no se incorpora este hábito.

En la dimensión que abarca el hábito de fumar y del consumo de alcohol se logra evidenciar que del 100% de la población encuestada el 74% no tiene el hábito de fumar, mientras que existe una diferencia leve sobre el consumo de alcohol ya que predomina en un 60% que rara vez lo consume, comparando con la investigación de Tolosa Muller en la que se hallaron conductas adecuadas en los dominios “consumo de tabaco” y “consumo de alcohol”, cotejando con la investigación de Ramírez Ordoñez Se encuentra que el 87% no fuman. Situación que se asemeja al estudio descriptivo realizado por Alayón A.

En donde los puntajes más elevados se registraron por la ausencia del hábito de fumar. En el dominio de consumo de alcohol se encuentra que el 83% no consumen alcohol. Factor protector sustentado por el estudio realizado por Howard AA, Arnsten JH, en donde se encontró que la ingesta leve o moderada de alcohol en personas diabéticas está asociado con una disminución de 12 eventos cardiovasculares, es por tal razón que se debe motivar en los pacientes para que continúen evitando dichas prácticas, para mejorar su calidad de vida.

En la dimensión de capacitaciones sobre diabetes Mellitus se encontró en la investigación que el 53% de las personas encuestadas no asiste a capacitaciones (sesiones educativas) acerca de diabetes, mientras que el 39% asiste de 1 a 3 capacitaciones, denotando el poco interés por parte de los pacientes en adquirir información acerca de su enfermedad, al comparar con la investigación de Ramírez Ordoñez, María se encuentra que los pacientes presentan estilos de vida poco saludables debido a que no han asistido a charlas sobre la diabetes. Situación similar encontrada en la investigación realizada por Quirantes A. en donde se encontró que el 26,8% de los pacientes no recibió educación para la diabetes, por lo que

desconocen las complicaciones de su enfermedad y los cuidados que deben tener con ella. De acuerdo a Romero-Márquez, Rubén quien investigó la asistencia de los pacientes diabéticos tipo II a grupos de ayuda para la recepción de información o educación acerca de su padecimiento; al respecto solo 8.7% comentó haber acudido a los grupos formales del Instituto Mexicano del Seguro Social denominados grupos SODHI; asimismo, el 7.3% señaló acudir a otros grupos de ayuda para recibir información; resaltó que el 84% de las personas manifestó nunca haber acudido a algún grupo para recibir información acerca de su enfermedad, por lo tanto a pesar de que en otras investigaciones los resultados son superiores a los hallados en la presente investigación, permite tener el soporte del nivel de conocimientos que las personas han adquirido, siendo esta una de las razones principales por las cuales ellos no ejercen estilos de vida acordes a su enfermedad que les permita aumentar su calidad de vida.

En la dimensión sobre la búsqueda de información se encontró que el 60% algunas veces busca información acerca de la diabetes haciendo relación con la investigación reportada por Ramírez Ordoñez, María quien obtuvo como resultado que los pacientes algunas veces tratan de buscar información por sus propios medios, mientras que en la investigación de Tolosa Muller se obtuvo bajo interés en la búsqueda de información sobre la patología. Todo esto permite entender porque las personas con diabetes tienden a complicar su estado de salud, primordialmente porque no se preocupan por buscar información que les permita conocer la gravedad de la enfermedad y como reducir la progresión de la enfermedad.

En cuanto a la dimensión emocional de los pacientes con diabetes Mellitus los resultados obtenidos en la presente investigación arrojaron que el 60% se

enoja con facilidad y el 68% se siente triste algunas veces, mientras que el 51% casi nunca tiene pensamientos negativos, al confrontar esta información con la investigación de Ortega Durán, Hugo se obtuvo que la mayoría de los participantes (72.2%) manifestaron enojarse con facilidad y en la pregunta relacionada con la tristeza el 55.5% refirió que casi nunca se sentían tristes, además de que el (55.6%) mencionaron que casi nunca tenían pensamientos negativos. Al comparar esta información permite concluir que las personas pueden ejercer mayor irritabilidad a la hora de responder a determinadas situaciones como lo son: problemas familiares con el cónyuge por situación económica o laboral, o dificultades con sus hijos y/o nietos, es por tal motivo que se debe proporcionar al paciente diabético un espacio de confianza y empatía en el que pueda compartir sus problemas, suministrando el mayor apoyo emocional posible por parte del personal de enfermería. Hay que tener en cuenta que además estas situaciones pueden ejercer en el paciente desinterés y descuidados en su estado de salud, además inasistencia a los controles para el manejo de la enfermedad.

En la dimensión sobre la adherencia terapéutica se encontró que el 54% algunas veces hace su máximo esfuerzo para controlar la diabetes, mientras que el 32% casi siempre la controla. Dentro del patrón alimenticio el 60% algunas veces sigue la dieta para diabéticos. El 63% casi nunca olvida tomar los medicamentos, y por último el 63% algunas veces sigue las instrucciones médicas para su cuidado, estos resultados se asemejan a los obtenidos en la investigación de Ramírez Ordoñez. María encontrando que los pacientes presentan estilos de vida saludables. Debido a que algunas veces siguen la dieta para diabéticos, casi nunca olvidan tomar sus medicamentos, con la diferencia de que en este estudio siguen con mayor frecuencia las instrucciones médicas. Como complemento el personal de enfermería

debe reforzar la adherencia terapéutica de los pacientes ya que al introducirse en este contexto y generando medidas acordes a la escolaridad de los pacientes se pueden obtener efectos favorables en el control de su enfermedad.

PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO

Con base en los resultados obtenidos se planteó una serie de intervenciones orientadas a fortalecer los procesos educativos dirigidos al personal de enfermería y guiados por los estilos de vida de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo II, direccionados por dimensiones en las que se demuestra:

Resultados relevantes en los que los pacientes:

En la dimensión nutricional:

- Consumen verduras y frutas algunas veces en la semana
- Consumen entre 1 y 3 piezas de harina al día
- Agregan azúcar y sal a continuamente a todos los alimentos
- Comen algunas veces fuera de casa
- Algunas veces no se satisfacen con la porción servida.
- Conclusión: Existe hábitos inadecuados de alimentos.
- Así en la dimensión de actividad física: Los datos obtenidos fueron que los paciente, casi nunca realizan actividad física
- Algunas veces se mantienen ocupados fuera de las actividades habituales
- La mayor actividad es ver televisión

Conclusión: los resultados muestran una vida sedentaria donde ejercicio físico no esta es las prioridades

- En la dimensión de consumo de tabaco, la mayor parte de la población encuestada no tiene hábitos de fumar
- Igualmente en la dimensión del consumo de alcohol: Es ocasional con consumo de 1 o 2 tipos de bebidas.

- Sin embargo, en la dimensión de búsqueda de información acerca de la enfermedad:

- Casi nunca asisten a capacitaciones acerca de la enfermedad
- Algunas veces buscan información acerca de la enfermedad

Conclusión: Sea necesario encuentros permanentes con estrategias concertadas

- En la dimensión emocional: A pesar de los pacientes padecer la enfermedad:
- Casi nunca tienen pensamientos negativos acerca del futuro
- Algunas veces se sienten tristes
- Algunas veces se enojan con facilidad

Conclusión: Demostrando que se debe intervenir con verbalización de sentimientos

- Finalmente para la dimensión adherencia al tratamiento los resultados demuestran que algunas veces hacen lo posible por controlar la enfermedad
- Algunas veces siguen la dieta prescrita
- Casi nunca olvidan tomar los medicamentos
- Algunas veces siguen las instrucciones médicas

Conclusión: Buscar estrategias concertadas que apoyen el recuerdo en la toma del tratamiento

En donde basado en estos datos se puede concluir que los pacientes de la ciudad de Pamplona pertenecientes a la población manejada por la E.S.E Hospital San Juan de Dios no tiene hábitos saludables que mejoren su condición de salud. Es por esto que dentro de un modelo de Enfermería que de importancia a las necesidades actuales de salud se manejó el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender en donde se maneja los metaparadigmas de:

Salud: estado altamente positivo, la definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: es el individuo el centro de la teorista, cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivos- perceptuales de conductas promotoras de salud

Enfermera: principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Así pues se maneja desde la percepción del modelo, los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.²

La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.³

La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos

² MEIRIÑO, Jose., VASQUEZ, Marcela., El cuidado. Nola Pender En: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/nola-pender.html>

³ Ibid, blog

sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones ⁴

Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.⁵

De igual manera para la formulación del modelo Pender se guio bajo supuestos como

Atención (estar expectante ante lo que sucede)

Retención (recordar lo que uno ha observado),

Reproducción (habilidad de reproducir la conducta)

Motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

Así pues interrelacionando el modelo con los datos obtenidos se ejecutó el plan de intervención educativo que tiene como objetivo Fortalecer el pensamiento crítico en el personal de enfermería para que tome decisiones basadas en la percepciones y características individuales de los pacientes con Diabetes Mellitus tipos II que asisten a la E.S. E HSJD, con relación al estilo de vida de cada individuo y en el cual se utilizó como Guía la actualización 2016 de Intervenciones de Enfermería (NIC) las cuales se desglosan para la yuxtaponer las acciones específicas para las dimensiones priorizadas las cuales son:

1. Escucha activa: La cual se ve apoyada según el modelo con Atención:

- Establecer el propósito del encuentro con enfermería, mostrando sensibilidad hacia las emociones del paciente
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimiento y preocupaciones
- Escuchar los mensajes y sentimientos inexpressados y además atender al contenido de la conversación
- Identificar los temas que más le interesa o preocupa al paciente para el abordaje de su estilo de vida
- Establecer metas

2. Asesoramiento : Que también se apoya con atención según el modelo:

- Favorecer la expresión de sentimientos identificando el problema o situación causante de no asumir un estilo de vida de acuerdo a su situación de salud
- Identificar las redes de apoyo y apoyo social que tienen los pacientes. explorar igualmente que tanto su situación de salud afecta o no a la familia.

⁴ Ibid, blog

⁵ Ibid, blog

- Inducir al paciente a que señale o comunique aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad que le permiten tener más confianza en sí mismo para asumir el reto de modificar estilos de vida
 - Favorecer el desarrollo de la verbalización de sentimientos para que exprese las dificultades que se le presentan en las diferentes dimensión de los estilos de vida
3. Mejora de la auto- confianza: Que con base en el modelo apoyo del auto eficiencia.
- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la meta establecida conjuntamente de acuerdo a dificultades personales
 - Identificar los obstáculos al cambio de conducta
 - Utilizar estrategias de intercambios de saberes para llegar a la meta de acuerdo adecuadas a la cultura y la edad
4. Apoyo emocional: De igual manera se apoya en la auto-eficiencia
- Explorar con el paciente las emociones o sentimientos que se han desencadenados a él y a su familia algunos cambios introducidos en su estilo de vida
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza ante no realizar actividades que estaba acostumbrado hacer con sus amigo o familiares
 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones que desea implementar en las metas trazadas
5. Ayuda en la modificación
- Ayudar al paciente a identificar las conductas o comportamiento que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada
 - Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para las modificaciones que tenga que introducir a su estilo de vida
6. Modificación de la conducta: Requiere de Motivación según el modelo:
- Establecer comunicación con el miembro de la familia más significativa del paciente para que pueda conseguir un apoyo en su cotidianidad
 - Determinar mediante la comunicación la motivación que tiene el paciente para un cambio de conducta
 - Ayudar al paciente a identificar los aspectos del comportamiento que considera fuertes para introducir cambios en su estilo de vida y reforzarlos, animándolo a que debe hacerlo el mismo
 - Identificando la conducta que ha de cambiar se debe revisar las metas establecidas y si es necesario volver a establecer otras
 - Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de las técnicas de modelado ayudándose con otros pacientes o miembros de su familia
7. Potenciación de aptitudes para la vida diaria
- Determinar las necesidades de aprendizaje de habilidades para la vida diaria del paciente, con su familia, grupo o persona de apoyo.
 - Evaluar el estilo de aprendizaje del paciente
 - Potenciar Y determinar la motivación mediante el establecimiento y seguimiento continuo de metas en forma progresiva
 - Reforzar las habilidades de comunicación con el paciente para que conjuntamente se establezcan estrategias de cambio de fácil manejo para el usuario
 - Reforzar al paciente a establecer prioridades para tomar decisiones en su estilo de vida cuando su entorno

- cambie , refiriendo la confianza en el personal de enfermería
- Tener contacto con las redes de apoyo o apoyo social del paciente para incluirlos cuando el paciente lo requiera
8. Asesoramiento nutricional: Impulsado por la planeación de metas:
- Hacer un listado con el paciente de sus alimentos y preferencias y en base de esto buscar apoyo nutricional para que determine la ingesta que requiere el paciente
 - Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas en el aspecto de nutrición
 - Apoyar al paciente con ayuda de nutricionistas sobre la preparación de alimentos apoyado con su familia , preferiblemente en el ambiente familiar
9. Fomento del ejercicio: Impulsado por la planeación de metas:
- Investigar experiencias deportivas anteriores, explorando los obstáculos para el ejercicio
 - Animar las metas conseguidas con el ejercicio, baile u otras estrategias para lograr su continuidad
 - Ayudar al individuo con otras especialidades a desarrollar un programa de ejercicios adecuados
10. Enseñanza: Dieta prescrita: Que implica retención de la información:
- Conversar con el paciente para identificar el nivel actual de los conocimientos acerca del plan de alimentación que debe seguir de acuerdo a las metas establecidas
 - Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos
 - Explicar el propósito de la dieta prescrita para la salud general
 - Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta

prescrita y como incluir otras de menos agrado

11. Manejo de la medicación: El cual requiere reproducción de lo comprendido:

- Establecer con el paciente los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito y descubrir estrategias para incentivar la memoria
- Buscar un apoyo en la familia o amigos para que recuerden la toma de medicamentos
- Diseñar con el paciente mecanismo de control como un tablero dinámico visible para la toma de medicamento , incentivo su progreso de cumplimiento

CONCLUSIONES

Como resultado de la presente investigación se tomaron a 35 pacientes con diabetes Mellitus tipo II de los cuales el rango de edad establecido para el presente estudio incluía a pacientes mayores de 40 años, se pudo determinar que de dicha muestra las edades que predominaron oscilan entre los 45 y 75 años, siendo en su mayoría pacientes del sexo femenino. Se logró identificar que entre sus hábitos alimenticios el consumo de frutas y verduras en un poco más de la mitad lo hace algunos días de la semana y las cantidades de harina diariamente son elevadas. En cuanto a sus costumbres alimentarias el consumo de sal y azúcar es frecuente y algunas veces comen alimentos entre comidas, fuera de casa o piden más de la porción.

En la dimensión de actividad física se pudo determinar que un poco más de la mitad casi nunca realiza actividad física. En sus actividades habituales la mayoría algunas veces se mantiene ocupada, y ver televisión es la actividad que más realizan durante su tiempo libre. Se logró determinar en más de la mitad de los pacientes que el hábito de

fumar no predomina y que más de la mitad consume rara vez alcohol.

En relación a la asistencia a capacitaciones se pudo determinar que los pacientes poco asisten a capacitaciones, además de que algunas veces se interesan por buscar información acerca de la misma... Se logró determinar que emocionalmente estos pacientes se enojan con mayor facilidad, también de que los sentimientos de tristeza predominan en esta población a diferencia de los pensamientos negativos que un poco más de la mitad casi nunca los experimenta. Se determinó que la adherencia terapéutica en más de la mitad de estos pacientes algunas veces hace su máximo esfuerzo por controlar la enfermedad, y que gran parte de los pacientes algunas veces sigue la dieta indicada para la diabetes, siendo la toma de medicamentos la práctica más frecuente en esta población ya que poco olvidan tomarla pero más de la mitad de los pacientes no sigue las instrucciones médicas.

De acuerdo a la información obtenida al aplicar la escala IMEVID sobre los estilos de vida saludables se determinaron aquellos hábitos que pueden interferir con la calidad de vida de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II, con base a estos resultados se permite crear un plan de intervenciones por parte de enfermería con el que se pretende vincular al paciente por medio de las siguientes intervenciones de enfermería:

- Asesoramiento
- Apoyo emocional
- Escucha activa
- Mejora de la autoconfianza
- Ayuda en la modificación
- Ayuda en la modificación de conducta
- Potenciación de actividades para la vida diaria
- Asesoramiento nutricional
- Fomento del ejercicio
- Enseñanza: dieta prescrita
- Manejo de la medicación

BIBLIOGRAFÍA

ALAYÓN, Alicia Norma. Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005. En: Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). Vol. 22, (2006), p.20-28.

ALBA, Luz Helena. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. En: Rev. Gac Méd Méx . Vol. 145, (2009), p.469-474.

ARIZA, Evelyn. Factores Asociados a control Metabólico En Pacientes Diabéticos tipo 2. En: Rev. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). Vol. 21, (2005), p. 28-40.

AVILA ALPIREZ, Hermelinda. Intervención De Enfermería En El Autocuidado Con Apoyo Educativo En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2. En: Rev. Cultura de los Cuidados. Vol. 20, (2006), p.141-146.

CORBACHO ARMAS, Kelly. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes Mellitus. En: Rev. enferm Herediana. Vol. 2 (2009), p. 26-31.

DURÁN VARELA, Blanca Rosa. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. En: salud pública de México. vol.43, (2001), p.233-236.

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Araceli. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Esp Méd Quir . Vol. 17, (2012), p.94-99.

GIL MONTALBAN, Elisa. Prevalencia de diabetes Mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la

Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. En: Rev. Gac Sanit, Vol. 24, (2010), p. 233–240.

GIL-VELÁZQUEZ, Luisa Estela. Perspectiva de la diabetes Mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. Vol. 51, (2013), p.58-67

GÓMEZ-AGUILAR, Patricia Isolina del Socorro. Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México. En: Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. Vol. 20 (2012), p. 123-129.

GONZALEZ RIVAS, Juan. Prevalencia de síndrome metabólico, obesidad y alteración de la glucemia en ayunas en adultos del paramo del Estado Mérida, Venezuela (estudio VEMSOLS).En: Med Interna (Caracas) Vol. 27, (2011), p.262 – 267.

LOPEZ, Amado. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. En: Rev. Medicina Familiar Vol.9 (2007), p. 80-86.

LÓPEZ CARMONA, Juan Manuel. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Salud pública de México vol.45, (2003), p.259-268.

MÉNEZ CORONA, Aída. Diabetes Mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. En: Rev. Salud pública de México / vol. 55, (2013), p. 137-143

MORENO G. Manuel. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD. En: REV. MED. CLIN. CONDES. Vol. 23, (2012), p. 124-128]

ORTEGA DURÁN, Hugo. Iniciativa Para La Mejora De Estilo De Vida En Pacientes

Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Del Grupo De Ayuda Mutua En La Unidad Médica De Huitzatarito, Abasolo, Guanajuato: Proyecto Terminal Profesional Para Obtener El Grado De maestro En Salud Pública Presenta, 20011,51 h. Maestría En Salud Publica En Servicio. Instituto Nacional De Salud Pública/ Escuela De Salud Pública.

ORTIZ, Manuel. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.En: Rev. TERAPIA PSICOLÓGICA. Vol. 29, (2011), p. 5-11.

RAMÍREZ ORDOÑEZ, María Mercedes. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Ciencia y Cuidado. Vol. 8 (2011), p.21-28.

RAMOS, Willy. Resultados De La vigilancia Epidemiológica De Diabetes Mellitus En Hospitales Notificantes del Perú. En: Rev. Perú Med Exp Salud Publica.Vol 31, (2014), p.9-15.

ROBLES GARCÍA, Rebeca. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Rev. Psicothema. Vol. 15, (2003), p... 247-252.

RODRÍGUEZ, Mónica. Pesquisaje y prevención de la diabetes Mellitus tipo 2 en población de riesgo. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Vol. 50, (2012), p. 380-391

ROMERO MÁRQUEZ, 1Rubén Salvador. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. . Vol. 49 (2011), p.125-136.

RUIZ-LÓPEZ, María Dolores. Guía FINUT de estilos de vida saludable: más allá de la Pirámide de los Alimentos. En: Rev. Nutr Hosp.VOL 31, (2015), p.2313-2323.

SÁNCHEZ, Lydia Lera, ALBALA Cecilia. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). En: Rev. Med Chile. Vol. 139, (2011), p.1276-1285.

TOLEDANO J, Cairo. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Universidad Col. Chamilpa. Vol39. (2008), p. 2008.

TOLOSA MÜLLER, Agustina. Relación Entre El Estilo De Vida Y El Estado Nutricional En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 De La Ciudad De Santa Fe, Argentina. En: REV Actualización En Nutrición VOL 13 (2012), p. 170-175.

URBÁN-REYES, Benita. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. En: Rev. aten fan. vol. 22 (2015), p. 68-71.

VARGAS IBÁÑEZ, Antonio. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Fac Med UNAM Vol. 53, (2010), p.61-68.

VÉLEZ, Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes Mellitus tipo 2. En: Rev. Enferm Inst Mex Seguro. Vol. 15, (2007), p. 91-98.

VILAS MAHÍA, Miriam. La Diabetes Mellitus Y Sus Complicaciones Vasculares: Un Problema Social De Salud. En: Rev.