

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANE DE TACNA, 2017”**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Gabriela Trilce Contreras Sánchez

Asesor:

Dr. Augusto Antezana Roman

Tacna, 2017

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada uno de mis pasos, por iluminar mi mente, fortalecer mi corazón y bendecir mis manos, por haber puesto en mi camino a todas esas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi período de formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos padres, Rosa Nelly Sánchez y Juan Contreras por haberme apoyado en todo momento, gracias por sus consejos, sus valores y más aún por el amor infinito e incondicional, ese que sólo una madre y un padre te pueden ofrecer.

A José Francisco por su apoyo incondicional, por confiar en mí y motivarme a superarme constantemente.

A mi asesor, el Dr. Augusto Antezana Román, encargado del Programa de Diabetes e Hipertensión del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por permitirme realizar esta investigación.

A mis maestros, por su gran apoyo académico y moral en estos años de estudio de la carrera y por la motivación de seguir en este largo camino que conlleva ser Médico, gracias maestros.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo por objetivo determinar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

Material y método: Se realizó un estudio de tipo observacional correlacional de cohorte transversal y prospectivo, obteniéndose una muestra de 88 pacientes pertenecientes al programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue. Los datos fueron obtenidos mediante la administración de un cuestionario, previa firma de consentimiento informado. La primera parte del cuestionario incluye aspectos sociodemográficos y posteriormente la aplicación del DQOL y el cuestionario de autocuidado.

Resultados: El 77.1% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, considera tener una calidad de vida general alta, siendo la presencia de complicaciones el indicador que mostró asociación entre ambas variables. El 63.6% de los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna estudiados fueron de sexo femenino, el 46,6% fueron mayores de 60 años; en cuanto a estado civil el 34.1% refirió ser casado(a) y un 25% convivientes. Asimismo, el 36.4% cuenta con grado de instrucción primaria y el 39.8% no tiene ocupación. En cuanto a las características clínicas, el 58% de pacientes se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, solo el 6.8% de los pacientes refieren como parte del tratamiento la dieta y los ejercicios, y el 75% se encuentran con un IMC por encima del normal. **Conclusiones:** El 77.1% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, considera tener una calidad de vida alta. Siendo la presencia de complicaciones el indicador que mostró asociación entre ambas variables, lo que nos permite inferir que el nivel de autocuidado guarda relación con la presencia o no de complicaciones.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Autocuidado, y Diabetes

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the Quality of Life and Self-Care in patients of the Diabetes Mellitus Program of Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

Material and method: A cross-sectional and prospective cohort study was carried out, with a sample of 88 patients belonging to the Diabetes Program of the Hospital Hipólito Unanue. The data were obtained through the administration of a questionnaire to the participants, after signing an informed consent. The first part of the questionnaire includes sociodemographic aspects and later the application of the DQOL and the self-care questionnaire.

Results: 77.1% of patients with a low level of self-care consider having a high general quality of life, being the presence of complications the indicator that showed association between both variables.

63.6% of the patients in the Diabetes Program of the Hospital Hipólito Unanue de Tacna studied were female, 46.6% were older than 60 years; In terms of marital status, 34.1% reported being married and 25% living together. Also, 36.4% have primary education and 39.8% have no occupation. Regarding clinical characteristics, 58% of patients are in the initial stages of the disease, only 6.8% of patients report diet and exercise as part of the treatment, and 75% Above normal. **Conclusions:** 77.1% of patients with a low level of self-care consider having a high quality of life. The presence of complications was the indicator that showed an association between both variables, which allows us to infer that the level of self-care is related to the presence or not of complications.

Conclusions: 77.1% of patients with a low level of self-care consider having a high quality of life. The presence of complications was the indicator that showed an association between both variables, which allows us to infer that the level of self-care is related to the presence or not of complications.

Key Words: Quality of Life, Self Care, and Diabetes

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
.1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:.....	19
2.2. MARCO TEÓRICO	27
2.2.1. Diabetes:.....	27
2.2.2. Calidad de vida:.....	29
CAPITULO III: HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	42
3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	42
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	47
4.1. DISEÑO:.....	47
4.2. AMBITO DE ESTUDIO:	47

4.3. POBLACION Y MUESTRA:.....	47
4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
CAPITULO V: PROCESAMIENTO DE DATOS	52
Consideraciones éticas	52
Procesamiento de datos	53
RESULTADOS	54
DISCUSION.....	78
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXO	89

INTRODUCCION

La Diabetes mellitus en la actualidad es un problema de salud pública de gran relevancia a nivel mundial, creando pérdida de años de vida saludable en el ser humano, sumado a la disminución de las capacidades físicas, los costos elevados para su tratamiento y la limitada capacidad de algunas instituciones de salud para controlar su avance.

Como muestra podemos enfatizar que, entre el mes de enero y septiembre del año 2015, la Dirección Regional de Salud de Tacna - DIRESA, detectó 1,637 nuevos casos de diabetes, colocando a la región en el quinto lugar con mayor incidencia a nivel nacional de casos de diabetes mellitus, a diferencia del 2014, año en que se reportó 959 personas con dicha patología.

El presente estudio de investigación se enfoca en dicha problemática, y posee importancia teórica puesto que constituye un aspecto cognitivo del tema en nuestra realidad; de relevancia social, pues contribuye a aportar medidas y soluciones de problemas vitales como la calidad de vida y el autocuidado en los pacientes diabéticos.

Por lo expuesto anteriormente, nuestra investigación de carácter observacional, tiene como objetivo principal determinar la calidad de Vida y el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; para así tener resultados fehacientes en cuanto a la percepción de dicha enfermedad por parte de los pacientes, con la finalidad de proporcionar información al personal médico a cargo de estos, de forma que sea utilizada en la promoción, prevención y acciones de autocuidado, permitiendo a las personas un mejor manejo de su enfermedad.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La diabetes es considerada como un grupo de enfermedades caracterizadas por un alto nivel de glucosa resultado de defectos en la capacidad del cuerpo para producir o usar insulina. Esta enfermedad reconocida por la organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial que se presenta en mayor proporción en los países en vías de desarrollo.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012, reportó más de 347 millones de personas con diabetes en el mundo, de las cuales el tipo 2 representa el 90%.² En la región del Sur y Centro América, se estimó que 29,6 (25,2-35,5) millones de personas, o el 9,4% (8,0-11,3%) de la población adulta tiene diabetes en 2015. De estos, 11,5 millones (39,0%) no están diagnosticadas. Más del 82% de las personas con diabetes viven en zonas urbanas. En esta región más del 81% de las personas con diabetes viven en países de renta media. Por otra parte, las estimaciones indican que otros 24,8 millones de personas, o el 7,9% de la población adulta, tenían tolerancia a la glucosa alterada en 2015. Para 2040, se espera un aumento de más del 60%, llevando a 48,8 millones el número de personas con diabetes.³

La diabetes ha dejado de ser una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia entre los adultos mayores. En el Perú, mucha población joven, de entre 30, 40 o 50 años, ya ha sido diagnosticada con la enfermedad. En datos nacionales la prevalencia es de 7,5% en Lima y de 6,9% en la provincia de Chiclayo.

El ministerio de Salud en el 2014 contabilizó 113,962 nuevos casos, de los cuales el 49,9% correspondía a personas de entre 30 a 59 años. El 45,58% es población mayor de 60 años, que es el grupo donde usualmente se reportan más casos.⁴

Anualmente la incidencia de personas con Diabetes en Tacna aumenta de manera alarmante. Sólo entre enero y setiembre del 2015, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) detectó 1,637 nuevos casos de diabetes, colocando a la región en el quinto lugar con mayor incidencia a nivel nacional. A diferencia del 2014 se reportó con 959 personas, representando un incremento del 90% aproximadamente.⁵

Según el Análisis de Situación de Salud 2014 en Tacna, la mortalidad por enfermedades no transmisibles, la Diabetes Mellitus fue la primera causa (20,1 x 100 000hab.) desplazando a los accidentes de transporte terrestre (16,5 x 100 000hab.) a segunda causa.⁶

Las personas con diabetes, cuya enfermedad está mal controlada, tiene un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes tiene serias repercusiones en la calidad de vida del enfermo. Una vez

desarrollada la enfermedad se puede controlar, pero no es reversible.⁷

La calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, a percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento.⁷

Tal es así, que Muñoz D. en su trabajo de investigación de “Calidad de Vida en Pacientes Diabéticos tipo 2 tratados con Insulina vs tratados sin Insulina en Atención primaria” Chile 2013, concluyó que, los diabéticos sin tratamiento con insulina presentaron peor calidad de vida según las dimensiones del Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL).⁸

Según Portilla L., Spitzzer considera que en el caso de los pacientes diabéticos se hace necesario evaluar los siguientes ámbitos: el funcionamiento físico, el funcionamiento social, el estado mental – emocional, la influencia de los síntomas, y por último la percepción del bienestar del paciente. Ámbitos que deben ser tomados en cuenta en cualquier tipo de diabetes; así mismo, afirma que en el control de la Diabetes deberían tenerse en cuenta como objetivo principal de la calidad de vida.⁷

A medida que la diabetes ha aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, la mejora de la Calidad de Vida relacionada con la salud se ha convertido en la última década en el objetivo primordial de las intervenciones terapéuticas y sanitarias de los pacientes con diabetes mellitus. Y es que no sólo los síntomas de la diabetes deterioran la capacidad funcional y la percepción de

bienestar del paciente, sino también las complicaciones futuras, enfermedades asociadas y el autocuidado del paciente hacia su enfermedad.⁷

La diabetes mellitus es una enfermedad no curable que se puede controlar si se brindan los cuidados adecuados, es por esto que el Médico a cargo debe tratar al paciente diabético de forma integral, haciendo énfasis en la promoción, prevención y acciones de autocuidado que permitan a las personas un mejor manejo de su enfermedad. Por lo general, las personas cuando ven que su salud está en riesgo, buscan alternativas para evitar complicaciones de la enfermedad, por tales razones desarrollan acciones de autocuidado para conservar, cuidar y proteger su salud; pero estas actividades solo las realiza cierto grupo de pacientes comprometidos con su recuperación, aunque el cuidado sea inherente a cada ser humano.⁹

En el caso de los pacientes diabéticos el cambio que debe realizar en su estilo de vida (como la alimentación sana, ejercicios, etc.), la complejidad del tratamiento farmacológico, y que la mayoría de los pacientes toman diferentes medicamentos diariamente, y los efectos desfavorables que pueda tener la medicación, hacen que para estos pacientes les sea difícil seguir las indicaciones de su médico y por lo tanto fracasen en su adhesión al tratamiento.⁹

En la mayoría de los casos el individuo con diabetes conoce lo que debe hacer, pero no lo lleva a cabo en forma estricta especialmente el cumplimiento de la dieta y el ejercicio, lo que se refleja en que un porcentaje importante de estos pacientes mantienen niveles de glucemia muy por encima de los rangos de normalidad (Bañuelos,

1999; Bañuelos & Gallegos, 2001; Cabrera, Novoa & Centeno, 1991).¹⁰

Estudio de Romero I., Dos Santos M. Aparecida T., Zanetti M. "Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México" 2010. Concluyeron que la mayoría de las personas con diabetes presentó capacidad de autocuidado regular en un 66,5%.¹¹

Como también, Arias Bramón M., Ramírez Gutiérrez S., en su trabajo de investigación "Apoyo Familiar y prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 zona urbana, Distrito de Pachacámac" Lima 2013. Encontraron que las prácticas de autocuidado resultaron regulares en un 52,1% y las dimensiones en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico.¹²

El autocuidado es la base del control de la Diabetes, en consecuencia, la teoría del déficit de autocuidado de Orem (1991/1993) es un marco apropiado para abordar el fenómeno de interés del presente estudio. Para Orem, el autocuidado es la práctica de actividades deliberadas que las personas maduras inician y realizan para mantener su integridad física y regular su funcionamiento y desarrollo; estas acciones tienen como finalidad satisfacer requisitos de tres tipos: universales, del desarrollo y desviación de la salud.¹⁰

Los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue acuden mensualmente a sus controles, siendo atendidos por los servicios de enfermería, nutrición, psicología y evaluación médica; en el cual se observa a los pacientes desanimados,

reservados, preocupados, ansiosos por el control médico y su tratamiento, por los cambios que presentan debido a la enfermedad, lo cual repercute en su calidad de vida como acciones en su autocuidado. Dicho programa, atiende un promedio de 240 atenciones por mes.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio tiene como objetivo determinar la calidad de vida y el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿La percepción de la calidad de vida se relaciona con el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

1.2.1.1. Determinar la percepción de Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.2.1. Caracterizar biodemográficamente a los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

- 1.2.2.2. Identificar la percepción de la Calidad de Vida en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mediante el cuestionario DQOL.
- 1.2.2.3. Identificar el Nivel de Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, mediante el cuestionario elaborado en base al instrumento de Arias y Ramírez.
- 1.2.2.4. Relacionar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es parcialmente original, ya que existen otros estudios relacionados con el tema, efectuados en otro medio. Dichos antecedentes hacen que este trabajo posea un marco conceptual fruto de la investigación y de experiencia que sentaran bases a futuros trabajos.

Posee importancia teórica puesto que constituye un aspecto cognitivo del tema en nuestra realidad; relevancia social, ya que contribuye al portar medidas y soluciones de problemas vitales como la calidad de vida y autocuidado en los pacientes diabéticos.

De esta manera la investigación resulta muy relevante al servicio de la comunidad profesional.

La Diabetes mellitus actualmente es un problema de salud pública de primer orden a nivel mundial, generando pérdida de años de

vida saludable, a lo cual se añade la incapacidad física, los costos para el individuo y las instituciones de salud.

Sólo entre enero y setiembre del 2015, la Dirección Regional de Salud de Tacna, detectó 1,637 nuevos casos de diabetes, colocando a la región en el quinto lugar con mayor incidencia a nivel nacional, a diferencia del 2014 se reportó con 959 personas.⁶

Según el análisis de Situación de Salud 2014 en Tacna, la mortalidad por enfermedades no transmisibles la Diabetes Mellitus fue la primera causa (20,1 x 100 000hab.) desplazando a los accidentes de transporte terrestre (16,5 x 100 000hab.) a segunda causa.⁶

Dada la gran prevalencia la Diabetes mellitus ha cobrado gran relevancia los aspectos psicosociales que acompañan y que influyen en la enfermedad, puesto que los pacientes que padecen una enfermedad crónica como la diabetes presentan una diversidad de consecuencias psicológicas como los sentimientos de inseguridad, la desesperanza, la dependencia a los servicios de salud para el control de su enfermedad, los cambios en el estilo de vida, etc. Todas estas condiciones hacen que el individuo tenga que adaptarse a una nueva situación, afrontar su enfermedad, complicaciones futuras; y, sobre todo que su calidad de vida, estado emocional y bienestar psicosocial se vean alteradas o impactadas de alguna forma en el transcurso de las etapas de su enfermedad.

Es importante ayudar a las personas con diabetes a obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para manejar su condición y llevar una vida completa y saludable pues al ofrecer una óptima atención de salud, se puede reducir de forma

importante el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas y hacer más saludable la vida de estas personas.

Es por ello que esta investigación aporta al conocimiento de la calidad de vida y el autocuidado en pacientes con diabetes, ya que en nuestro medio no se encuentran investigaciones. Por lo anterior es necesario realizar múltiples esfuerzos para que los pacientes que padecen dicha patología desarrollen estrategias que garanticen su calidad de vida del autocuidado.

CAPITULO II: REVISION BIBLIOGRAFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

Los estudios constituyen la única forma de conocer la importancia del trabajo conjunto para el bienestar de este grupo de pacientes, puesto que sus evidencias parten de la generación del conocimiento, a continuación, se cita los estudios relacionados a la presente tesis.

✓ Internacional

Muñoz D. ⁸, en su trabajo de investigación “**Calidad de vida en Pacientes Diabéticos tipo 2 tratados con insulina vs tratados sin insulina en Atención primaria**” Chile 2013. Estudio observacional, tipo correlacional, de corte transversal. La muestra fue de 100 pacientes. La recolección de la información se realizó mediante la administración de un cuestionario a los participantes, previa firma de consentimiento informado. La primera parte del cuestionario incluye aspectos sociodemográficos y posteriormente la aplicación del cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus, Diabetes Quality of Life (DQOL). Concluyendo que existen diferencias significativas entre los dos grupos estudiados en la calidad de vida. Donde los diabéticos sin tratamiento con insulina presentaron peor calidad de vida según dimensiones del DQOL. Un aspecto importante a considerar es el apoyo familiar, en donde los pacientes con insulina reportaron mayor

número de personas que las apoyan con la enfermedad, lo que podría influir en la mejor calidad de vida de este grupo.

Romero I., Dos Santos M., Aparecida T., Zanetti M. ¹¹, en su trabajo de investigación “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en Mexico” 2010. Estudio descriptivo y transversal. La muestra fue constituida por 251 personas. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes presentó capacidad de autocuidado regular, la cual esta relacionada con variables sociodemográficas y clínicas. Las mujeres presentaron mejor capacidad de autocuidado que los hombres. Se encontró mejor capacidad de autocuidado en el intervalo de 70 a 80 años. En lo que se refiere al tiempo de la enfermedad se obtuvo que, cuanto mas tiempo tiene la persona diabetes mellitus, peor es su capacidad de autocuidado.

Lugo G ¹³, en su trabajo de investigación “Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2”, México 2010.

Estudio de tipo descriptivo transversal, la muestra se conformó de 76 personas. Se aplicó cuestionario genérico” Perfil de Salud de Nottingham” (PSN). Se recolectaron, plasmaron datos sociodemográficos. Concluyendo que los hombres presentan mayor afectación en todas las dimensiones, en relación con las limitaciones de la vida diaria, la mayor afectación es su vida sexual y su trabajo. Por otra parte la sección que reflejó mayor afectación en las mujeres fue la de energía y dolor. A mayor edad, mayor afectación del estado de salud de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, teniendo como consecuencia una menor calidad de vida en las personas con

diabetes Mellitus tipo 2, teniendo como consecuencia una menor calidad de vida en las personas.

Fernández A., Abdala T., Alvara E., et al ¹⁴, en su trabajo “Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” Mexico 2012. estudio cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas. Concluyendo que la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo.

Chaverri J., Fallas J. ¹⁵ en su trabajo de investigación “Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” Costa Rica 2015. La investigación consta de un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal. El presente estudio se basa en la obtención de datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario SF-36. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Concluyendo que La distribución de la muestra de estudio por grupo etario mostró que la mayoría de la población de diabéticos en esta región se encuentra entre los 50 y 59 años, y el menor número al grupo de 70 a 79 años. Los hombres tienen una mejor autopercepción de su calidad de vida en comparación con las

mujeres; a mayor edad la percepción de la calidad de vida se deteriora en correlación con su enfermedad, siendo más evidente en el sexo femenino. Los pacientes con los promedios más bajos son quienes además de padecer diabetes mellitus tipo 2 asociaban complicaciones u otras patologías.

Orizaga J. ¹⁶, en su trabajo de investigación “**Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención del IMMS-Querétaro**” **México 2013**. Estudio de diseño transversal, La muestra fue de 270 usuarios. Se aplicó cédula de identificación y los cuestionarios Health Inventory for Men (SHIM) y el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) en su versión en español. Concluyendo que la integridad del ser humano, debe ser retomado por el personal e instituciones de salud al momento de brindar servicios, la diabetes no es una enfermedad física únicamente, sino que en ella influyen factores psicológicos, sociales, culturales y económicos, que determinaran muchos casos la participación activa del paciente y su familia en el tratamiento y sus complicaciones, es importante retomar acciones para el manejo integral de los pacientes.

Contreras A., Contreras A., Hernández C., Castro M., Navarro L. ¹⁷, en su trabajo de investigación “**Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa**” **Colombia 2013**. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes. Se aplicó la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado que contempla cuatro categorías: muy baja, baja, regular y buena capacidad de autocuidado. Concluyendo que se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de

alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas, por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado.

Amores V. ¹⁸, en su trabajo de investigación “conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos 2” Mexico 2013. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 100 pacientes. El instrumento utilizado se divide en dos partes, la primera contiene datos de identificación y algunos factores condicionantes básicos (edad, sexo, género, ocupación, estado de salud) y la segunda parte fue una adaptación para el estudio al “instrumento para identificar los conocimientos que el paciente tiene acerca de la DM2” con 20 ítems y el Alpha de Cronbach de 0.7. Concluyendo que según los resultados obtenidos los pacientes no tienen conocimiento de autocuidado lo que conlleva al déficit de su estado de salud contribuyendo a la evolución de complicaciones inherentes a la enfermedad. Los factores sociales, trabajo, obligaciones son determinantes en su autocuidado repercutiendo en su estado de salud. El sistema de apoyo educativo permitiría a los pacientes a desarrollar su propia agencia de autocuidado.

Bautista L., Zambrano G. ¹⁹, en su trabajo de investigación “la calidad de vida percibida en paciente diabéticos tipo 2” Colombia 2014. Estudio cuantitativo descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 287 pacientes. Para recolectar la información se utilizó el cuestionario de Diabetes Quality of Life. Concluyendo que la gran mayoría de los pacientes perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad. Se debe fortalecer las acciones de educación, fomentando la promoción de estilos saludables y la prevención de

factores determinantes para evitar la presencia de complicaciones. La calidad de vida en un paciente resulta de la interacción de varios factores, entre ellos la adherencia al tratamiento, el apoyo social y la percepción que tenga el paciente.

✓ Nacional

Portilla L.⁷, en su trabajo de investigación “Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento” Lima 2011. Estudio descriptivo. La muestra estuvo conformada por un total de 56 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL – Diabetes Quality of Life), el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. Concluyendo que existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida en los pacientes con adherencia al tratamiento, siendo los pacientes con adherencia al tratamiento los que obtienen mayores puntajes. Se realizaron correlaciones entre la calidad de vida y las dimensiones del autoconcepto, en donde se encontró que en los pacientes con DM con adherencia al tratamiento la calidad de vida correlaciona positivamente con el autoconcepto familiar.

Arias Bramón M., Ramírez Gutiérrez S.¹², En su trabajo de investigación “Apoyo Familiar y Practicas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacamac” Lima 2013. Estudio Cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Concluyendo que hubo dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el

adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico. Estas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí.

Barrantes M. ²⁰ en su estudio “Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus” Lima 2010. Estudio epidemiológico de tipo cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal y comparativo. Se utilizó el cuestionario (SF-36) y se incluyeron 70 pacientes diabéticos y 140 no diabéticos admitidos por un evento coronario agudo en la Unidad Coronaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Concluyendo que la edad, el género, el sobrepeso y la obesidad, la hemoglobina glucosilada, la diabetes mellitus, el antecedente de enfermedad coronaria, las comorbilidades, el estado civil y el nivel socioeconómico son factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus.

Noda J., Pérez J., Malaga G. y Aphan M. ²¹ en su estudio “Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales” Lima 2008. Se realizó un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se realizaron entrevistas individuales que fueron grabadas y transcritas; y posteriormente interpretadas y calificadas. Se recogieron de las historias clínicas datos demográficos,

complicaciones y tratamiento para contrastarlas con las respuestas dadas. Se incluyeron 31 pacientes. Concluyendo El nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Diabetes Mellitus:

Según la OMS, la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.³ El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos

2.2.1.1. Clasificación:

- Diabetes tipo 1 (destrucción de células β del páncreas con déficit absoluto de insulina).
- Diabetes tipo 2 (pérdida progresiva de la secreción de insulina con resistencia a la insulina).
- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) diabetes que se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Diabetes específicas por otras causas (por ejemplo: MODY, fibrosis quística, diabetes inducida por medicamentos).

2.2.1.2. Diagnóstico:

La diabetes puede ser diagnosticada con base en los niveles de glucosa en plasma, ya sea a través de una prueba rápida de glucosa en plasma o de una prueba de glucosa en plasma 2 horas después de haber recibido 75 gramos de glucosa vía oral o con una prueba de

hemoglobina glicosilada (A1C). Los criterios se muestran en la siguiente tabla:

Criterios diagnósticos para diabetes ADA 2016
Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).
ó
Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
ó
Hemoglobina glicosilada (A1C) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares A1C del DCCT.
ó
Paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis hiperglicémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL.

Fuente: American Diabetes Association. Standards of Medical care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education. 2016

El National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) indica que un punto de corte de A1C $\geq 6.5\%$ detecta un tercio más de pacientes con diabetes sin diagnosticar que una prueba de glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL. Es importante tomar en cuenta la edad, raza/etnia y la presencia de anemia o de alguna hemoglobinopatía cuando se usa la A1C para diagnosticar diabetes.

Los estudios epidemiológicos muestran, hasta el momento, que la A1C es solo útil para adultos, sin embargo, sigue en discusión si debe seguir siendo el mismo punto de corte tanto para adultos como adolescentes y niños. Los afroamericanos tienen niveles más altos de A1C que los blancos no hispanos. En presencia de hemoglobinopatías y anemia la A1C debe ser evaluada de acuerdo al padecimiento con ayuda de una lista que se pueda encontrar en la página.²²

2.2.1.3. Complicaciones:

La OMS establece que:

- Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.

2.2.2. Calidad de vida:

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar físico-social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermedad crónica es un acontecimiento único para el individuo, la familia y el cuidador familiar, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas.²³

Para Shumaker, Anderson y Czajkowski, definen la calidad de vida como una satisfacción global con la vida y como un

sentimiento general de bienestar personal y para evaluarla sugieren el análisis de seis dimensiones:²³

- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento social
- Funcionamiento físico
- Funcionamiento emocional
- Productividad personal que se relaciona con el grado en el que la persona puede beneficiar a la sociedad con su ocupación principal o con alguna otra actividad
- La intimidad, que concluye el funcionamiento sexual como una expresión de un amplio repertorio de comportamientos que forman la base de los sentimientos de conexión íntima con los otros.

Spilker, y Revicki señalan que los componentes y dominios de la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes: ²³

- Entorno natural-externo: características geográficas como el aire, agua o temperatura del ambiente
- Entorno social-externo: instituciones culturales, instituciones religiosas y escolares, instituciones para la seguridad personal en el entorno, oportunidades de hacer compras, facilidades y servicios médicos, políticas gubernamentales, sistemas de transporte y comunicación. Instituciones sociales de ocio y facilidades.
- Personal-interno: atributos de la personalidad, deseos y objetivos, valores y creencias, estrategias de afrontamiento, estado espiritual, etc.

- Personal-social: estructura familiar, redes sociales, grupos sociales, situación económica y situación vocacional.

2.2.2.1. Características de la calidad de vida

Son los siguientes:

- Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad
- Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas
- Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados. De tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

2.2.2.2. Medición de la calidad de vida en diabéticos

A principios de los noventa se creó el cuestionario de la Calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL)²⁴, elaborado por el grupo de Diabetes Control y complicaciones, fue diseñado para evaluar los efectos de un tratamiento intensivo en pacientes con diabetes tipo 2, a fin

de mantener la glucemia en valores cercanos a la normalidad y valorar dicho efecto sobre la aparición y/o progresión de las complicaciones.

El cuestionario consta de 46 preguntas distribuidas en 4 dimensiones:

- Satisfacción con el tratamiento (15 preguntas)
- Impacto del tratamiento (20 preguntas)
- Preocupación por aspectos sociales y vocacionales (7 preguntas)
- Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes (4 preguntas)

Las respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales.

2.2.2.3. Dimensiones del cuestionario de la Calidad de Vida específico para la diabetes mellitus

a. Satisfacción con el tratamiento.

La satisfacción con el tratamiento se puede definir como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y sus resultados asociados. Otra definición, basada en las teorías psicosociales, es la que hace hincapié en la actitud del paciente frente a las dimensiones que componen el tratamiento, relacionando las expectativas del paciente con lo que ocurre en realidad.²⁵

La satisfacción con el tratamiento es recomendable hacerlo en las siguientes circunstancias cuando un tratamiento ofrece ventajas y desventajas respecto a otro en términos de eficacia; cuando los tratamientos son de

eficacia similar, pero tienen un modo diferente de administración u otros factores que pueden afectar a la conveniencia, cuando tienen un diferente perfil de tolerabilidad. Especialmente importante es medir la satisfacción en los casos de terapias crónicas, ya que el paciente debe recibir el tratamiento durante un periodo largo.²⁵

b. Impacto del tratamiento.

Cuando una persona recibe la noticia que padece diabetes mellitus se desencadena en ella una serie de reacciones, que varía según la edad, el sexo, las referencias que tenga de la enfermedad, el tipo de diabetes y la forma de presentación. Pueden manifestarse estados emocionales dominados por la aprehensión, preocupación sobre la salud, incertidumbre, ansiedad y depresión, dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa de la comunicación del diagnóstico, las representaciones del sujeto y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la diabetes mellitus, se desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico.

El tratamiento y la “adaptación” o “aceptación” de la enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se ha reportado numerosas reacciones psicológicas, como el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, la tristeza y la aceptación. Actitudes o expresiones de rechazo ante la enfermedad pueden aparecer, sobre todo, en los

momentos iniciales. A lo largo de toda la experiencia con la enfermedad los sujetos pueden expresar, sintomatología psicopatológica, especialmente ansiedad, depresión e irritabilidad.²⁶

- c. Preocupación por los aspectos sociales y vocacionales. La presencia de temores respecto a la salud propia, la familia, las preocupaciones por convertirse en una carga para los seres queridos y para la sociedad, los sentimientos de tristeza y desesperanza asociados con la pérdida de la salud, las modificaciones a incluir en sus vidas, el sentido de sujeción a procesos de atención de salud, y los temores respecto a los propios desempeños, pueden integrarse, de forma particular, en cada individuo, y permear la calidad de sus relaciones.²⁶

- d. Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes. Algunos de los efectos más comunes son la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o “nerviosismo”, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, las manifestaciones psicosomáticas (dermatológicas, gastrointestinales y cardiovasculares), la disminución de autoestima, y en algunos procesos cognoscitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, la pérdida del sentido de la vida, entre otros. Todas estas manifestaciones son preocupaciones acerca de los efectos personales como sociales.²⁶

2.2.2.4. Calidad de vida en el paciente diabético

En cualquier momento de la vida, todos tenemos cierta perspectiva de calidad de vida. Sin embargo, cuando se presenta alguna enfermedad, la calidad de vida puede verse modificada al aparecer síntomas que dificultan o limitan la realización de las actividades cotidianas. Cuando aparece una enfermedad que se llevará por toda la vida (enfermedad crónica), se deben hacer cambios para mantener una adecuada función y dependencia. Por ejemplo, modificar hábitos de alimentación y actividad física, seguir un tratamiento con medicamentos, acudir a evaluaciones de distintos profesionales de la salud, a realizarse exámenes de laboratorio, etc.²³

En una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados.²³

2.2.3. Autocuidado

Es la práctica que el individuo emprende para cuidar su propia salud, bienestar y su ambiente para fortalecer aspectos positivos y eliminar aquellos que influyen negativamente en su salud, el éxito del autocuidado va a depender del raciocinio e interés de cada persona para elegir la acción correcta de la cual va a obtener un estado óptimo de salud.²⁷

2.2.3.1. Autocuidado en el paciente diabético

En el paciente diabético el conocimiento y la ejecución de buenas prácticas de autocuidado, son necesarios para retardar la aparición de las complicaciones que se derivan de la diabetes, constituyéndose en el pilar fundamental del tratamiento integral de esta enfermedad. Dentro de estas prácticas se encuentran: plan de alimentación saludable, ejercicio físico, autocontrol de glicemia, cumplimiento del tratamiento farmacológico, control de peso, etc. ²⁷

El conocimiento que el paciente con diabetes posee sobre su autocuidado es fundamental, ya que de esto depende que asuma con responsabilidad los cambios sobre su estilo de vida, hábitos higiénico-dietéticos, ejercicio físico y cumplimiento del régimen terapéutico, alimentación, interacción social, aspectos que se consideran importantes para que el paciente pueda incrementar su calidad y esperanza de vida y/o evitar futuras complicaciones agudas o crónicas que le provocan discapacidad o muerte prematuras.²⁸

2.2.3.2. Teoría del autocuidado Dorotea Orem

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Este se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de

energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado se amplía también con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de otros.²⁹

2.2.4. Medición del autocuidado en el paciente diabético

El siguiente es un instrumento modificado de las autoras Arias Milagros y Ramirez Sandra, adecuado con los requisitos de autocuidado de la teoría de Dorotea Orem, con las siguientes dimensiones:

- a) Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.

- b) Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua:
La recomendación diaria de agua es de 2 litros. El beber agua revierte la diabetes adulta en las etapas iniciales. Al no reconocer que en la diabetes adulta es una complicación por deshidratación, con el tiempo, puede causar daños masivos en las células sanguíneas de todo el cuerpo. Esto puede provocar más tarde la pérdida desde los dedos de los pies hasta aun las piernas por gangrena y ceguera. Pese a que las instituciones médicas recomiendan esa cantidad, hay excepciones: ya que esta cantidad depende del metabolismo de cada persona y también del deporte practicado por dicha persona.³⁰

- c) Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos:

La alimentación debe ser racionada, variada y equilibrada, ayuda a controlar el peso razonable para que disminuya su nivel de riesgo, pueda mantener la glicemia controlada así como la presión arterial y los niveles de lípidos, reduciendo las complicaciones crónicas de la diabetes. ³¹

Tipo de dieta:

- En personas con sobrepeso u obesidad una dieta hipocalórica entre 20 y 30 Kcal/kg/día (IMC \geq 25)
- En pacientes con normopeso una dieta normocalórica entre 30 y 35 Kcal/kg/día (IMC entre 18.5 y 25)³¹

d) Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal:

Muchos acontecimientos o trastornos pueden dañar los nervios que controlan la función vesical, entre ellos se cuenta la diabetes y otras enfermedades, lesiones e infecciones. Más de la mitad de las mujeres y hombres con diabetes tienen disfunción vesical debido al daño de los nervios que controlan la función de la vejiga. La disfunción vesical puede tener un efecto impactante en la calidad de vida de una persona. Los problemas de la vejiga comunes en hombres y mujeres con diabetes incluyen los siguientes:³²

- Nefropatía diabética
- Vejiga hiperactiva
- Retención de orina
- Infección de vías urinarias

e) Equilibrio entre actividades y descanso:

El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejora la utilización de la insulina.²⁷

Por otro lado, el tiempo de descanso es el destinado a compensar el esfuerzo y recuperar el tono óptimo muscular y nervioso, es decir el equilibrio. O recomendado es dormir de 7-8hrs, ya que la falta de sueño aumenta el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, cáncer o diabetes.³³

f) Equilibrio entre soledad y la comunicación social:

La presencia de temores respecto a la salud propia, la familia, las preocupaciones por convertirse en una carga para los seres queridos, los temores respecto al propio desempeño en el ámbito laboral, puede ocasionar en la persona un deterioro en la calidad de sus relaciones tanto familiares como laborales.³⁴

g) Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano:

La prevención se entra en desarrollar medidas técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.³⁵

Un paciente diabético debe tener en cuenta lo siguiente:

- Control médico
- Tratamiento médico
- Control de exámenes
- Consulta oftalmológica
- Consulta con el nutricionista
- Consulta con la psicóloga

Todas estas intervenciones ayudan a que el paciente diabético, maneje buenos estilos de vida, evitando complicaciones futuras.

- h) Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

2.2.5. Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue De Tacna (HHUT)

El programa fue creado el 17 de noviembre del 2015 con el apoyo del entonces Director del HHUT Dr. Claudio Ramírez con el objetivo de la detección temprana, captación y seguimiento de pacientes con dicha enfermedad, así como brindarles calidad de vida.

Actualmente cuenta con los siguientes consultorios:

- Triage a cargo de 2 licenciadas en enfermería y un técnico de enfermería
- Endocrinología a cargo de dos médicos endocrinólogos
- Pie diabético a cargo de un médico general
- Psicología a cargo de una licenciada en psicología

- Consultorio Múltiple (Cardiología o Nefrología) a cargo de un médico cardiólogo y un nefrólogo respectivamente

Dentro de las actividades del programa figuran charlas diarias, Club de diabetes organizado los días martes donde se les brinda charlas sobre nutrición, psicología, talleres educativos y terapia física esta última con el fin de promover el ejercicio como hábito de vida saludable. Además, durante el año se llevan a cabo tres campañas de despistaje de Diabetes durante los meses de abril, julio, noviembre.

La importancia del programa ya mencionado radica en la disminución de las complicaciones que la enfermedad mediante el tratamiento oportuno y la concientización de los pacientes diabéticos.

CAPITULO III: HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H₀: No Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

H₁: Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en el presente estudio son:

- Variable 1 : Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar físico-social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas.

La enfermedad crónica es un acontecimiento único para el individuo, la familia y el cuidador familiar, porque ocasiona alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual en la salud y en la calidad de vida de los individuos que la sobrellevan durante gran parte de sus vidas. ²³

- Variable 2: autocuidado

Es la práctica que el individuo emprende para cuidar su propia salud, bienestar y su ambiente para fortalecer aspectos positivos y eliminar aquellos que influyen negativamente en su salud, el éxito del autocuidado va a depender del raciocinio e interés de cada persona para elegir la acción correcta de la cual va a obtener un estado óptimo de salud. ²⁸

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA
CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS	Datos generales del paciente	Edad	De 20 a 29 años	Intervalo
			De 30 a 39 años	
			De 40 a 49 años	
			De 50 a 59 años	
			Más de 60 años	
		Sexo	Masculino	Nominal
			Femenino	
		Estado civil	Soltero	Nominal
			Casado	
			Conviviente	
	Divorciado			
	Viudo			
	Grado de instrucción	Analfabeta	Nominal	
		Primaria		
		Secundaria		
		Técnico		
		Superior		
Trabajo	Si	Nominal		
	No			
Características clínicas	Tipo de tratamiento	Solo dieta	Nominal	
		Ejercicio y dieta		
		Insulina		
		Medicación oral		
		Medicación oral e insulina		

		Tiempo de enfermedad	Hasta 5 años	Intervalo
			6 a 10 años	
			11 a 15 años	
			16 a 20 años	
			21 a 25 años	
			26 a 30 años	
			Más de 30 años	
		Tiempo desde su última visita	< 1 mes	Intervalo
			1 a 5 meses	
			6 a 12 meses	
			> 1 año	
		Complicación de diabetes mellitus	Si	Nominal
			No	
		Hospitalización por diabetes mellitus	Si	Nominal
			No	
		Tipo de Complicación	Retinopatía	Nominal
Neuropatía				
Nefropatía				
Pie diabético				
IMC	Bajo peso	Ordinal		
	Normal			
	Sobrepeso			
	Obesidad I			
	Obesidad II			
	Obesidad III			
PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA	Satisfacción con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de diabetes • Control de la enfermedad • Conocimiento de la diabetes 	Alto:56-75pts	Intervalo
			Medio:35-55pts	
			Bajo:15-34pts	
	Impacto del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Lidar con la diabetes • Interfiere en su sueño • Limita su vida social, familiar, recreación y sexual 	Alto:74-100pts	Intervalo
			Medio: 47-73pts	
			Bajo:20-46pts	
	Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación familiar, laboral, vacaciones y académicamente 	Alto:26-35pts	Intervalo
			Medio:17-25pts	
			Bajo:7-16pts	
	Preocupación acerca de los efectos futuros	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la imagen corporal 	Alto:15-20pts	Intervalo
			Medio:10-14pts	

	de la diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Complicación con la diabetes • Cambio social 	Bajo:4-9pts	
AUTOCUIDADO	Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a dieta hipoglúcida • Cantidad de líquidos en 24hrs: 2 litros • Control de peso 	Alto:17-21pts	Intervalo
			Medio:12-16pts	
			Bajo:7-11pts	
	Eliminación urinaria e intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de orina • Cantidad de orina en 24hrs • Problemas al orinar: nefropatía diabética, vejiga hiperactiva, ITU, retención de orina • Frecuencia de defecar 	Alto:17-21pts	Intervalo
			Medio:12-16pts	
			Bajo:7-11pts	
	Actividad/ Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Caminata diaria: 20min • Número de horas de siesta • Número de horas de sueño nocturno • Problemas de descanso: insomnio u otros problemas 	Alto:17-21pts	Intervalo
			Medio:12-16pts	
			Bajo:7-11pts	
	Interacción Social	<ul style="list-style-type: none"> • Participación con grupos sociales: miembro de alguna asociación, club • Repercusión en el ámbito laboral y social • Interacción de la familia en el proceso de la enfermedad • Salud mental: habilidades para la vida 	Alto:17-21pts	Intervalo
			Medio:12-16pts	
			Bajo:7-11pts	
Prevención Medica	<ul style="list-style-type: none"> • Control médico: cada 3 meses • Control de la presión arterial • Control de glucosa 	Alto:17-21pts	Intervalo	
		Medio:12-16pts		
		Bajo:7-11pts		
Adherencia al Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Apego y comprensión de tratamiento • Importancia de apego al tratamiento 	Alto:17-21pts	Intervalo	
		Medio:12-16pts		
		Bajo:7-11pts		

		<ul style="list-style-type: none">• Cambios en medicación bajo supervisión		
--	--	--	--	--

CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. DISEÑO:

El presente trabajo de investigación fue de tipo observacional correlacional de cohorte transversal y prospectivo porque busca especificar las propiedades importantes de personas o grupo tal como se encuentran sin intervenir en las variaciones que pudiera suceder; transversal, porque como se aplica en un corte en el tiempo y se toma la información sin que el pasado y futuro tengan relevancia, sólo el presente; correlacional, porque determina la relación entre dos o más variables.

4.2. AMBITO DE ESTUDIO:

El ámbito de estudio es el programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue.

4.3. POBLACION Y MUESTRA:

Población:

La población o universo bajo estudio estuvo conformado por 240 pacientes del Programa de Diabetes del hospital Hipólito Unanue

Muestra:

La selección de la muestra estuvo representada por 88 pacientes del Programa de Diabetes del hospital Hipólito Unanue. (ver anexo 01)

4.3.1. criterios de inclusión:

- a) paciente con diagnóstico de diabetes registrados en el Programa de diabetes
- b) Pacientes registrados en el Programa de diabetes
- c) ambos sexos
- d) mayores de 20 años
- e) pacientes diabéticos que acepten el consentimiento informado

4.3.2. criterio de exclusión

- a) pacientes que no tengan el diagnóstico de diabetes
- b) pacientes que se encuentren en el servicio de hospitalización al momento de la encuesta
- c) pacientes diabéticos que no firmen el consentimiento informado

4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta con preguntas en forma escrita.

El instrumento de medición para la recolección de datos que se utilizará es el cuestionario (ver anexo) destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. Aplicado a los pacientes del Programa de Diabetes del hospital Hipólito Unanue.

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es autoaplicativo y anónimo
- Incluye una breve descripción de datos personales

- Se considera el orden en que se formularan las preguntas, de información general y luego la calidad de vida y autocuidado en el paciente diabético

El instrumento que se usará consta de tres partes:

a) CARACTERISTICAS GENERALES

Esta primera parte del cuestionario brinda información acerca de las características generales de los pacientes diabéticos. Estuvo compuesto por ítems tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación y datos de la patología

b) CALIDAD DE VIDA

Esta segunda sección del cuestionario recogerá información sobre la calidad de vida, utilizando el cuestionario de la calidad de vida específico para la diabetes mellitus- DQOL, que consta de 46 ítems dividida en cuatro dimensiones, con la siguiente escala de Likert.

- Satisfecho con el tratamiento: evalúa desde “muy satisfecho” (1 punto) a “muy insatisfecho” (5 puntos) tiene 15 preguntas
- Impacto del tratamiento: valora de “nunca” (1 punto) a “todo el tiempo” (5 puntos), cuenta con 20 preguntas
- Preocupación por aspectos sociales y vocacionales: mide de “nunca” (1 punto) a “siempre” (5 puntos). Tiene 7 preguntas
- Preocupación de los efectos futuros de la diabetes mellitus: evalúa desde “nunca” (1 punto) a “siempre” (5 puntos). Cuenta con 4 preguntas

La determinación de los rangos que representan la sumatoria de valores obtenidos en cada dimensión es el siguiente:

RANGO	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
De 169 a 230	Alta
De 108 a 168	Media
De 46 a 107	Baja

El DQOL posee una primera versión en español adaptada por nuestro grupo con una muestra inicial de 105 pacientes y posteriormente sobre una muestra más heterogénea de 874 personas con diabetes procedentes de todas las regiones españolas, con una edad media de 43,5 (rango 16-69) años, duración media de la diabetes de 10,2 (rango 1-43) años y el 95% de ellos tratados con insulina. La reproducibilidad o fiabilidad se valoró por la consistencia interna (alfa de Cronbach) y el test-retest mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La validez de contenido se evaluó mediante un análisis factorial realizado en los 105 pacientes iniciales.²⁴

c) AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO

Esta tercera sección del cuestionario recoge información sobre el autocuidado del paciente diabético, instrumento modificado de las autoras Arias Milagros y Ramirez Sandra¹² adecuado a la realidad del programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue, que consta de 42 items con una escala de Likert de tres alternativas con su respectivo valor, que se detalla a continuación:

- Siempre: 3
- A veces: 2
- Nunca: 1

Cuenta con las siguientes dimensiones:

- dieta: tiene 7 preguntas
- eliminación urinaria e intestinal: tiene 7 preguntas
- actividad y descanso: tiene 7 preguntas
- interacción social: tiene 7 preguntas
- prevención medica: tiene 7 preguntas
- adherencia al tratamiento: tiene 7 preguntas

La determinación de los rangos que representan la sumatoria de valores obtenidos en cada dimensión es el siguiente:

RANGO	NIVEL DE AUTOCUIDADO
De 99 a 126	Bueno
De 70 a 98	Regular
De 42 a 69	Malo

La primera y tercera sección del cuestionario, características generales del paciente y autocuidado respectivamente, ha sido validado por expertos (3 endocrinólogos de la ciudad de Tacna), cuyos comentarios y calificación se encuentra adjunta en anexos

CAPITULO V: PROCESAMIENTO DE DATOS

La aplicación del instrumento estará a cargo y dirigida por el investigador como supervisor de campo y asesorado por el Dr. Augusto Antezana Román, médico responsable del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La información será levantada de la encuesta ya mencionada. Para tal fin se deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- conocimientos plenos de los objetivos del estudio de medición
- características del instrumento a utilizar
- asignación de la muestra y organización de la recolección de información
- discusión de los resultados de la práctica de campo
- organización y control de la calidad de la información recolectada

Consideraciones éticas

El presente estudio tendrá en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de a investigación
- por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los encuestados/as
- a cada encuestado/a se le explicará las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Procesamiento de datos

Una vez obtenida la información se ordenó y se codificaron los datos, para lo cual se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21, con serie de permisos validados.

Para el análisis de relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes diabéticos, se utilizó la prueba estadística para variables cualitativas chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017**

		n	%
Sexo	Masculino	32	36.4%
	Femenino	56	63.6%
	Total	88	100.0%
Edad	30-39	8	9.1%
	40-49	13	14.8%
	50-59	26	29.5%
	60 a más	41	46.6%
	Total	88	100.0%
Estado civil	Soltero	19	21.6%
	Casado	30	34.1%
	Conviviente	22	25.0%
	Divorciado	2	2.3%
	Viudo	15	17.0%
	Total	88	100.0%
Grado de instrucción	No indica	3	3.4%
	Primaria	32	36.4%
	Secundaria	31	35.2%
	Técnica	5	5.7%
	Superior	16	18.2%
	Analfabeto	1	1.1%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 1 podemos observar la distribución de frecuencia según sexo, edad, estado civil y grado de instrucción de los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El 63.6% es de sexo femenino y el 36.4 de sexo masculino. El 46.6% tiene de 60 a más años seguido del grupo de 50 a 59 años representado por un 29.5%. Sólo un 9.1% tiene de 30 a 39 años. Según el grado de instrucción el 36.4% tiene instrucción primaria seguido de un 35.2% con secundaria.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

		n	%
Ocupación	ama de casa	12	13.6%
	Sin ocupación	35	39.8%
	Independiente	10	11.4%
	Comerciante	12	13.6%
	Empleado público	2	2.3%
	Chofer	3	3.4%
	Cocinera (o)	2	2.3%
	Albañil	2	2.3%
	Jubilado	3	3.4%
	Ingeniero	2	2.3%
	Docente	1	1.1%
	Policia	1	1.1%
	Niñera	1	1.1%
	Cobrador	1	1.1%
	Agricultor	1	1.1%
Total	88	100.0%	

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 2 se puede observar la distribución de frecuencias según la ocupación. El 39.8% de los pacientes se encuentran sin ocupación remunerada o con ocupación con alguna responsabilidad seguido de un 13.6% que manifiesta ser ama de casa y una misma proporción ser comerciante. Un 11.4% manifiesta tener la ocupación de trabajador independiente.

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE TIEMPO DE ENFERMEDAD Y
TIEMPO DESDE SU ÚLTIMA VISITA DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2017**

		n	%
Tiempo de enfermedad	hasta 5 años	33	37.5%
	6 a 10 años	18	20.5%
	11 a 15 años	11	12.5%
	16 a 20 años	10	11.4%
	21 a 25 años	6	6.8%
	26 a 30 años	4	4.5%
	mas de 30 años	6	6.8%
	Total	88	100.0%
Tiempo desde su última visita	< 1 mes	31	35.2%
	1 a 5 meses	51	58.0%
	6 a 12 meses	5	5.7%
	> 1 año	1	1.1%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 3 se observa la distribución de frecuencia según tiempo de enfermedad y tiempo de última visita al consultorio de programa.

El 37.5% manifiesta un tiempo de enfermedad de hasta 5 años seguido de un 20.5% entre 6 a 10 años. La sumatoria de ambos nos dan como resultado que el 58% de la población encuestada tiene un tiempo de enfermedad menor a 10 años, lo que podría generar en ellos un menor grado de concientización sobre su enfermedad para evitar las

complicaciones. Este dato parecería guardar relación con los resultados de las siguientes tablas: IMC y tipo de tratamiento.

Según el tiempo de la última visita al programa, el 58% manifiesta haberlo realizado en los últimos 5 meses seguido de un 35.2% que lo hizo en los últimos 30 días. Se observa un 5.7% que tiene un tiempo transcurrido desde la última visita de 6 a 12 meses y un sólo paciente que tardó más de un año en visitar el programa de control de la diabetes

TABLA 4**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017**

		n	%
Tratamiento indicado para diabetes	Solo alimentación	5	5.7%
	Alimentación mas ejercicios	1	1.1%
	Insulina	13	14.8%
	Medicación oral	55	62.5%
	Medicación oral +insulina	14	15.9%
	Total	88	100.0%
Hospitalización en el último año por causa de diabetes	Sí	22	25.0%
	No	66	75.0%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 4 se observa que el 62.5% de los pacientes reciben medicación oral seguido de un 15.9% que adicionalmente al tratamiento oral reciben insulina. Sólo un 1.5% la indicación de alimentación más ejercicios forma parte preponderante del tratamiento. El 14.8% recibe tan sólo insulina.

El 25% fue hospitalizado en el último año por causa de la diabetes y las principales causas de esta hospitalización fue el aumento de la glucosa con un 5.7% y la presencia de nefropatía con un 2.3% el grupo de estudio.

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PRESENCIA DE
COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017**

		n	%
Complicación	Sin complicación	57	64.8%
	Retinopatía	15	17.0%
	Neuropatía	6	6.8%
	Nefropatía	5	5.7%
	Pie diabético	5	5.7%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 5 se observa la frecuencia de complicaciones presentes en el grupo de estudio. El 64.8% no ha presentado algún tipo de complicación clínica identificada seguido de un 17% que presenta retinopatía, el 6.8% neuropatía y el 5.7% nefropatía y pie diabético, respectivamente

TABLA 6

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL NIVEL NUTRICIONAL
DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017**

		n	%
IMC	Bajo peso	0	0.0%
	Normal	22	25.0%
	Sobrepeso	26	29.5%
	Obesidad I	34	38.6%
	Obesidad II	5	5.7%
	Obesidad III	1	1.1%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

El 38.6% de los pacientes están en un nivel nutricional de obesidad tipo 1 seguido de un 29.5% considerados en sobrepeso. Sólo el 25% fue considerado en un nivel nutricional normal.

Es de suma importancia resaltar que el 75% de pacientes encuestados se encuentra con obesidad y sobrepeso, por lo que considero es un punto clave para tomar las medidas pertinentes, pues se considera uno de los puntos vulnerables de este Programa.

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ESFERAS DE
EVALUACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2017**

NIVEL DE AUTOCUIDADO		n	%
DIETA	BAJO	14	15.9%
	MEDIO	68	77.3%
	ALTO	6	6.8%
	Total	88	100.0%
ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL	BAJO	62	70.5%
	MEDIO	21	23.9%
	ALTO	5	5.7%
	Total	88	100.0%
ACTIVIDAD	BAJO	26	29.5%
	MEDIO	58	65.9%
	ALTO	4	4.5%
	Total	88	100.0%
INTERACCION SOCIAL	BAJO	24	27.3%
	MEDIO	48	54.5%
	ALTO	16	18.2%
	Total	88	100.0%
PREVENCION MEDICA	BAJO	0	0.0%
	MEDIO	13	14.8%
	ALTO	75	85.2%
	Total	88	100.0%
TRATAMIENTO	BAJO	12	13.6%
	MEDIO	65	73.9%
	ALTO	11	12.5%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 7 se presentan los resultados finales consolidados de la aplicación del test de autocuidado de las 6 esferas que lo conforma.

El 77.3% de los pacientes se encontraba con un nivel de autocuidado medio respecto a la dieta, sólo un 6.8% fue considerado como alto. En la esfera de necesidades fisiológicas, el 70.5% manifiesta niveles bajos de autocuidado seguido de un 23.9% en un nivel medio. En la Esfera de actividad o descanso el 65.9% refiere estar en un nivel medio seguido de un 29.5% como bajo. Sólo el 4.5% tenía un nivel alto de autocuidado respecto a la actividad y descanso. En el componente social los valores de autocuidado alto fueron del 18.2%, levemente mayores a los encontrados en las tres esferas antes exploradas. El 54.5% se encontraba en un nivel medio de autocuidado en la esfera social. El componente con mayor nivel de autocuidado fue la prevención médica, donde el 85.2% manifestó un nivel de autocuidado alto seguido de un 14.8% medio. Ninguno de los pacientes fue considerado con un nivel de prevención médica baja. Respecto al tratamiento, el 73.9% estaba en un nivel medio seguido de un 13.6% en un nivel bajo. Podemos concluir que la esfera mejor identificada fue la prevención médica seguido de la esfera social y la de tratamiento.

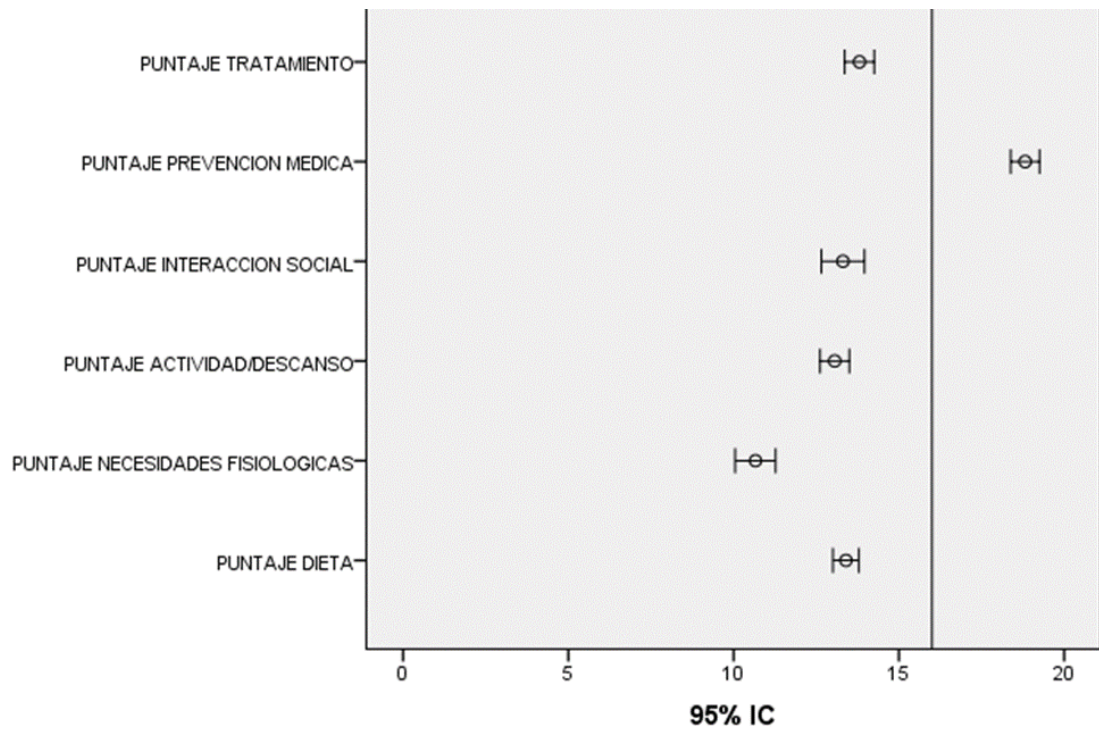


Gráfico 1. COMPARACIÓN DE LAS TENDENCIAS DE LAS ESFERAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

En la Gráfica 1 podemos observar con un intervalo de confianza del 95%, la comparación de las tendencias de las esferas de autocuidado. Lo cual quiere decir que si repetiremos el estudio 100 veces en nuestra población de trabajo en 95 de ellas encontraríamos los mismos resultados.

Se puede apreciar que la prevención médica es el componente mejor identificado. El componente de las necesidades fisiológicas es el más comprometido y en el que podríamos centrar las intervenciones futuras.

TABLA 8
NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

		n	%
AUTOCUIDADO (GENERAL)	BAJO	35	39.8%
	MEDIO	25	28.4%
	ALTO	28	31.8%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 8 se presenta el consolidado de la sumatoria de las 7 dimensiones y la medición del autocuidado del puntaje general.

Podemos observar que de todo el grupo, el 39.8% sería considerado con un nivel de autocuidado bajo seguido de un 31.8% que estaría en el nivel alto. Un 28.4% del grupo estaría en un nivel de autocuidado medio. Para tal fin tenemos que observar que es importante intervenir en el grupo de autocuidado bajo principalmente atacando a la esfera que más compromete el puntaje general: necesidades fisiológicas.

TABLA 09

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ESFERAS EN LA MEDICIÓN DE LA PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

		n	%
SATISFACCION CON TRATAMIENTO	ALTO	66	75.0%
	MEDIO	18	20.5%
	BAJO	4	4.5%
	Total	88	100.0%
IMPACTO DE TRATAMIENTO	ALTO	71	80.7%
	MEDIO	17	19.3%
	BAJO	0	0.0%
	Total	88	100.0%
PREOCUPACION POR ASPECTOS SOCIALES	ALTO	87	98.9%
	MEDIO	1	1.1%
	Total	88	100.0%
PREOCUPACION POR EFECTOS FUTUROS	ALTO	51	58.0%
	MEDIO	32	36.4%
	BAJO	5	5.7%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 9 podemos observar la distribución de frecuencia de las esferas exploradas o componentes de la medición de la calidad de vida.

El 75% de los pacientes manifiesta un nivel de satisfacción alto respecto al tratamiento que recibe y un 20.5% con un nivel medio. En esta misma tendencia se encuentra el impacto de tratamiento, donde el 80.7% manifiesta un nivel alto y un 19.3% en nivel medio. Ningún paciente

considera como bajo el impacto de su tratamiento. Asimismo el 98.9% refiere estar en un nivel alto al respecto a los aspectos sociales y sólo un 1.1% en el nivel medio. Esta es la esfera mejor percibida por los pacientes. Respecto a la preocupación de los efectos futuros de la diabetes mellitus, el 58% se encuentra en un nivel alto de percepción seguido de un 36.4% en el nivel medio.

TABLA 10

**NIVEL PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2017**

		n	%
CALIDAD DE VIDA	ALTO	53	60.2%
	MEDIO	22	25.0%
	BAJO	13	14.8%
	Total	88	100.0%

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 10 se consolida la sumatoria de los puntajes obtenidos de las cuatro esferas evaluadas que se presentaron en la tabla 09.

Podemos observar que el 60.2% de los pacientes percibe un nivel alto de calidad de vida seguida de un 25% como medio. Sólo un 14.8% refiere llevar una mala calidad de vida.

TABLA 11

RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO SEGÚN PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA GENERAL								p:
	ALTO		MEDIO		BAJO		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
BAJO	27	77.1%	7	20.0%	1	2.9%	35	100.0%	0,031
MEDIO	13	52.0%	8	32.0%	4	16.0%	25	100.0%	
ALTO	13	46.4%	7	25.0%	8	28.6%	28	100.0%	
Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 11 podemos observar la relación del autocuidado con la calidad de vida. Si bien en los tres niveles de autocuidado las proporciones de calidad de vida están en nivel alto, podemos observar una diferencia significativa entre esos niveles ($p:0.031$). Del total de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, el 77.1% considera tener una calidad de vida general alta. En el grupo con un nivel de autocuidado medio el 52% refiere estar en una calidad de vida general alta y en el grupo con un nivel alto de autocuidado el 46.4% refiere una calidad de vida general alta. Podemos observar que existe una diferencia significativa entre los grupos de autocuidado respecto a la influencia en la calidad de vida y que resulta llamativo observar que niveles bajos de autocuidado coinciden con niveles de calidad de vida más elevados. Y cuya interpretación sería que al ser pacientes con un tiempo de enfermedad relativamente corto en su mayoría que no han experimentado aun una complicación de su patología, como para tomar conciencia y realizar correctamente las prácticas de autocuidado, manteniendo un estilo de vida similar o igual al de antes de realizado el diagnóstico.

Lo que amerita la exploración de variables que estén influenciando el autocuidado más que la calidad de vida que se encuentra en niveles adecuados para reafirmar nuestra interpretación.

Estas asociaciones se podrán observar en las tablas siguientes.

TABLA 12

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN NIVEL DE
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017**

Características socio-demográficas		AUTOCUIDADO (GENERAL)								p:
		BAJO		MEDIO		ALTO		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	30-39	5	62.5%	0	0.0%	3	37.5%	8	100.0%	0,266
	40-49	5	38.5%	2	15.4%	6	46.2%	13	100.0%	
	50-59	8	30.8%	11	42.3%	7	26.9%	26	100.0%	
	60 a más	17	41.5%	12	29.3%	12	29.3%	41	100.0%	
Sexo	Masculino	20	62.5%	4	12.5%	8	25.0%	32	100.0%	0,003
	Femenino	15	26.8%	21	37.5%	20	35.7%	56	100.0%	
Estado civil	Soltero	7	36.8%	4	21.1%	8	42.1%	19	100.0%	0,542
	Casado	9	30.0%	11	36.7%	10	33.3%	30	100.0%	
	Conviviente	12	54.5%	4	18.2%	6	27.3%	22	100.0%	
	Divorciado	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Viudo	7	46.7%	5	33.3%	3	20.0%	15	100.0%	
Grado de instrucción	No indica	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	0,749
	Primaria	13	40.6%	9	28.1%	10	31.3%	32	100.0%	
	Secundaria	11	35.5%	9	29.0%	11	35.5%	31	100.0%	
	Técnica	3	60.0%	1	20.0%	1	20.0%	5	100.0%	
	Superior	8	50.0%	4	25.0%	4	25.0%	16	100.0%	
	Analfabeto	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
Cuenta con trabajo	Sí	15	42.9%	7	20.0%	13	37.1%	35	100.0%	0.349
	No	20	37.7%	18	34.0%	15	28.3%	53	100.0%	

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 12 podemos observar que la variable asociada a autocuidado fue la de sexo (p: 0.003). Existe una diferencia altamente significativa entre hombres y mujeres según el autocuidado que ellos perciben. El total de mujeres el 35.7% de un auto cuidado alto. En el grupo de varones sólo el 25% refiere un auto cuidado alto y por el contrario un 62.5% un nivel bajo. Esta diferencia es significativa.

Las demás variables no se encuentran asociadas.

TABLA 13
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SEGÚN EL NIVEL DE AUTOCUIDADO
DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

		AUTOCUIDADO (GENERAL)								p:
		BAJO		MEDIO		ALTO		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel Nutricional	Normal	8	36.4%	9	40.9%	5	22.7%	22	100.0%	0.506
	Sobrepeso	10	38.5%	6	23.1%	10	38.5%	26	100.0%	
	Obesidad I	16	47.1%	9	26.5%	9	26.5%	34	100.0%	
	Obesidad II	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Obesidad III	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	
Tiempo de enfermedad	hasta 5 años	17	51.5%	7	21.2%	9	27.3%	33	100.0%	0,371
	6 a 10 años	5	27.8%	6	33.3%	7	38.9%	18	100.0%	
	11 a 15 años	5	45.5%	4	36.4%	2	18.2%	11	100.0%	
	16 a 20 años	1	10.0%	3	30.0%	6	60.0%	10	100.0%	
	21 a 25 años	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	26 a 30 años	2	50.0%	1	25.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	mas de 30 años	2	33.3%	1	16.7%	3	50.0%	6	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	
Tiempo desde su última visita	< 1 mes	13	41.9%	6	19.4%	12	38.7%	31	100.0%	0,394
	1 a 5 meses	20	39.2%	18	35.3%	13	25.5%	51	100.0%	
	6 a 12 meses	1	20.0%	1	20.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	> 1 año	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	
Complicación	Sí	7	20.6%	11	32.4%	16	47.1%	34	100.0%	0,009
	No	28	51.9%	14	25.9%	12	22.2%	54	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	
Tipo de Complicación	Sin complicación	28	49.1%	14	24.6%	15	26.3%	57	100.0%	0,043
	Retinopatía	3	20.0%	5	33.3%	7	46.7%	15	100.0%	
	Neuropatía	2	33.3%	4	66.7%	0	0.0%	6	100.0%	
	Nefropatía	0	0.0%	2	40.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Pie diabético	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	
Hospitaliz. en el ultimo por la diabetes	Sí	6	27.3%	6	27.3%	10	45.5%	22	100.0%	0.237
	No	29	43.9%	19	28.8%	18	27.3%	66	100.0%	
	Total	35	39.8%	25	28.4%	28	31.8%	88	100.0%	

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 13 se observa las variables clínicas principalmente asociadas.

Podemos observar que la característica de hospitalización en el último año y la presencia de complicaciones son las variables principalmente asociadas a los niveles de autocuidado.

En el grupo que fue hospitalizado en el último año, el 47.1% percibe un autocuidado en nivel alto seguido de un 32.4% en nivel medio, en contraposición con el grupo que no fue hospitalizado, donde el 51.9% cuenta con un nivel bajo de autocuidado y solo un 22.2% en un nivel alto. Estas diferencias son altamente significativas.

En pacientes que no presentan complicaciones, el 49.1% tiene niveles de autocuidado bajos en comparación aquellos pacientes que presentaron una complicación siendo el caso de la nefropatía o pie diabético donde el 60% manifiestan un nivel de autocuidado elevado. Estas diferencias son estadísticamente significativas y nos ayudan a deducir que los niveles mayores de autocuidado están asociados con exigencias propias de las complicaciones.

Finalmente, como bien se mencionó en la tabla 11, se comprueba que al no haber una complicación de por medio, la percepción sobre autocuidado es porcentualmente menor. Esta última característica tiene variables influyentes que el programa de diabetes debería controlar.

TABLA 14

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN EL NIVEL DE
PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA. 2017**

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA GENERAL								p
		ALTO		MEDIO		BAJO		Total		
		n	%	n	%	n	%	N	%	
Edad	30-39	4	50.0%	2	25.0%	2	25.0%	8	100.0%	0.4
	40-49	9	69.2%	1	7.7%	3	23.1%	13	100.0%	
	50-59	14	53.8%	10	38.5%	2	7.7%	26	100.0%	
	60 a más	26	63.4%	9	22.0%	6	14.6%	41	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	
Sexo	Masculino	22	68.8%	8	25.0%	2	6.3%	32	100.0%	0.21
	Femenino	31	55.4%	14	25.0%	11	19.6%	56	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	
Estado civil	Soltero	8	42.1%	9	47.4%	2	10.5%	19	100.0%	0.04
	Casado	21	70.0%	4	13.3%	5	16.7%	30	100.0%	
	Conviviente	13	59.1%	4	18.2%	5	22.7%	22	100.0%	
	Divorciado	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Viudo	11	73.3%	3	20.0%	1	6.7%	15	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	
Grado de instrucción	No indica	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	0.712
	Primaria	18	56.3%	8	25.0%	6	18.8%	32	100.0%	
	Secundaria	20	64.5%	6	19.4%	5	16.1%	31	100.0%	
	Técnica	4	80.0%	0	0.0%	1	20.0%	5	100.0%	
	Superior	8	50.0%	7	43.8%	1	6.3%	16	100.0%	
	Analfabeto	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	
Cuenta con trabajo	Sí	24	68.6%	8	22.9%	3	8.6%	35	100.0%	0.318
	No	29	54.7%	14	26.4%	10	18.9%	53	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	

En la tabla 14 Se puede observar la distribución de frecuencia según las principales variables sociodemograficas y su asociación con la calidad de vida. La variable principalmente asociado fue estado civil (p:0.04) dónde el

grupo con la condición de conviviente tuvo un 22.7% de calidad de vida en el nivel bajo.

En el grupo de casados el 70% de los pacientes manifestó una calidad de vida alta. Estas diferencias son estadísticamente significativas. No hubo diferencias según grado de instrucción, el contar o no con trabajo, según sexo ni tampoco según edad.

TABLA 15
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SEGÚN EL NIVEL PERCEPCION DE
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2017

		CALIDAD DE VIDA GENERAL								p
		ALTO		MEDIO		BAJO		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Tiempo de enfermedad	hasta 5 años	21	63.6%	4	12.1%	8	24.2%	33	100.0%	0.121
	6 a 10 años	9	50.0%	6	33.3%	3	16.7%	18	100.0%	
	11 a 15 años	7	63.6%	4	36.4%	0	0.0%	11	100.0%	
	16 a 20 años	4	40.0%	5	50.0%	1	10.0%	10	100.0%	
	21 a 25 años	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	26 a 30 años	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	más de 30	5	83.3%	0	0.0%	1	16.7%	6	100.0%	
Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%		
Tiempo desde su última visita	< 1 mes	16	51.6%	7	22.6%	8	25.8%	31	100.0%	0.152
	1 a 5 meses	34	66.7%	14	27.5%	3	5.9%	51	100.0%	
	6 a 12 meses	2	40.0%	1	20.0%	2	40.0%	5	100.0%	
	> 1 año	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%		
Hospitalización en el último año	Sí	16	47.1%	8	23.5%	10	29.4%	34	100.0%	0.008
	No	37	68.5%	14	25.9%	3	5.6%	54	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	
Complicación	Sin complic.	38	66.7%	14	24.6%	5	8.8%	57	100.0%	0.04
	Retinopatía	8	53.3%	4	26.7%	3	20.0%	15	100.0%	
	Neuropatía	3	50.0%	1	16.7%	2	33.3%	6	100.0%	
	Nefropatía	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Pie diabético	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	5	100.0%	
Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%		
Tratamiento indicado para diabetes	Solo alimentación	3	60.0%	1	20.0%	1	20.0%	5	100.0%	0.268
	Medicación oral	38	69.1%	9	16.4%	8	14.5%	55	100.0%	
	Medic. oral +insulina	5	35.7%	6	42.9%	3	21.4%	14	100.0%	
	Alimentación mas ejercicios	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Insulina	6	46.2%	6	46.2%	1	7.7%	13	100.0%	
	Total	53	60.2%	22	25.0%	13	14.8%	88	100.0%	

Fuente: instrumento de medición de autocuidado/calidad de vida

En la tabla 15 se observa el contraste de las variables de tiempo de enfermedad, tiempo desde su última visita, hospitalización en el último año, la presencia de complicaciones y el tratamiento indicado para los pacientes según el nivel de calidad de vida.

Podemos observar que las variables principalmente asociadas a calidad de vida fueron la hospitalización en el último año ($p: 0.008$) y la presencia de complicaciones ($p: 0.04$).

En el grupo de los pacientes que no fue hospitalizado en el último año, el 68.5% manifestaba un nivel de vida alto, en comparación al grupo que sí tuvo el antecedente de hospitalización, donde el 47.1% manifestaba un nivel de calidad de vida alto y un 29.4% de este grupo refería un nivel de calidad de vida bajo. Esta diferencia es altamente significativa.

En el grupo de pacientes que tuvo el antecedente de pie diabético como principal complicación, el 60% manifestó una mala calidad de vida en comparación al grupo sin complicaciones donde sólo el 20% refiere esta condición de calidad de vida.

DISCUSION

En algún momento de nuestra vida, todos tenemos cierta perspectiva de calidad de vida. Pero, cuando nos enfrentamos a una enfermedad esta calidad de vida puede verse afectada, ya sea por la presencia de síntomas o la realización de las tareas de la vida. Eso sería lo que ocurre con una enfermedad como la diabetes. Las recomendaciones médicas nos exigen desde un cambio de estilo de vida, como el modificar los hábitos alimenticios, limitar algunas veces la actividad física, el seguir una terapia el acudir regularmente a los chequeos médicos, del tal manera que la persona pueda favorecer a mejorar su calidad de vida. Eso significa que a partir de su diagnóstico deberá como paciente velar por su autocuidado.

En nuestro estudio llama la atención encontrar que el 75% de los encuestados presente sobrepeso o algún tipo de obesidad; así como encontrar que solo un porcentaje reducido de pacientes refieren la dieta y el ejercicio como tratamiento, pues como es conocido es uno de los pilares fundamentales para el control de la diabetes, por lo que consideramos se debería hacer énfasis en la promoción de un estilo de vida saludable.

Además, un porcentaje significativo de los encuestados varones (62.5%) refieran un mal nivel de autocuidado en comparación con el grupo de mujeres. En nuestro estudio es importante resaltar que el grupo de personas que presento una complicación son quienes presentaron un nivel de autocuidado mucho mayor en comparación con su contraparte, lo que se vio reflejado en la tabla 11, donde bajos niveles de autocuidado se relacionaban con una percepción de calidad de vida alta. Es por lo tanto

este grupo que no ha presentado complicaciones, el punto de partida para promover las prácticas de autocuidado.

Nuestro estudio es, por tanto, una contribución importante al programa de Diabetes Mellitus del Hospital Hipólito Unanue, pues permitirá replantear estrategias educativas a fin de concientizar a dichos pacientes.

Muñoz D. (8), en su trabajo evaluó la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus y encontró diferencias significativas entre los grupos estudiados. Donde los diabéticos sin tratamiento con insulina presentaron peor calidad y un aspecto importante a considerar es el apoyo familiar. En nuestro estudio no hubo asociación entre el tratamiento recibido y la calidad de vida. Incluso aquellos pacientes que recibían insulina refirieron en gran mayoría un nivel de calidad de vida alto (46.2%).

Romero evalúa el autocuidado de personas con Diabetes concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes presentó capacidad de autocuidado regular, donde las mujeres presentaron mejor capacidad de autocuidado que los hombres. **Arias Bramón M., Ramírez Gutiérrez S.** ¹², concluye que hubo dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. y **Amores V.** ¹⁸, concluye que los pacientes no tienen conocimiento de autocuidado y que el sistema de apoyo educativo permitiría a los pacientes a desarrollar su propia agencia de autocuidado.

Fernández A., Abdala T., Alvara E., et al ¹⁴, concluyeron que la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica. **Bautista** concluye que la gran mayoría de los pacientes perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad. Podemos observar que en diferentes poblaciones las características también se

presentan diferentes. Eso avala la idea de que la heterogeneidad de las condiciones acompaña a la historia natural de la diabetes. En nuestro estudio el 39.8% sería considerado con un nivel de autocuidado bajo seguido de un 31.8% que estaría en el nivel alto y coincidimos con el trabajo de Romero, al afirmar que son las mujeres quienes manifiestan un mejor autocuidado que los varones. En nuestra investigación fue altamente significativa ($p: 0.003$). Las demás variables sociodemográficas no estaban asociadas. Coincidimos con Amores y Fernandez al afirmar que es importante el apoyo educativo en los pacientes y que sugerimos también lo sea en el personal de salud que atiende a este tipo de pacientes. En nuestro estudio no evaluamos la acción participativa, lo que recomendaríamos en futuras investigaciones.

Lugo G ¹³, en su trabajo de investigación según Calidad de Vida **concluye** que los hombres presentan mayor afectación en todas las dimensiones, en relación con las limitaciones de la vida diaria. **Chaverri J., Fallas J.** ¹⁵ **refiere que los** hombres tienen una mejor autopercepción de su calidad de vida en comparación con las mujeres; a mayor edad la percepción de la calidad de vida se deteriora en correlación con su enfermedad, siendo más evidente en el sexo femenino. En nuestro estudio no hay diferencia entre varones y mujeres. Aunque proporcionalmente son los varones (68.8%) los que manifiestan una mejor calidad de vida respecto de las mujeres (55.4%), esta diferencia no era significativa. La diferencia por sexo, como dijimos antes, se da en el autocuidado, donde son las mujeres las que aventajan a los varones.

Chaverri J., Fallas J. ¹⁵ afirma que los pacientes con los promedios más bajos de autocuidado y calidad de vida son quienes además de padecer diabetes mellitus tipo 2 asociaban complicaciones u otras patologías. En nuestra investigación las variables principalmente asociadas a calidad de vida fueron la hospitalización en el último año ($p: 0.008$) y la presencia de complicaciones ($p: 0.04$). El grupo de pacientes que tuvo el antecedente de

pie diabético como principal complicación, el 60% manifestó una mala calidad de vida en comparación al grupo sin complicaciones donde sólo el 20% refiere esta condición de calidad de vida.

Respecto a atención integral, **Orizaga J.** ¹⁶, **concluye que** la integridad del ser humano, debe ser retomada y que es importante retomar acciones para el manejo integral de los pacientes. **Contreras A.**, ¹⁷, **concluye que** se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas, por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado. Son ideas que compartimos, puesto como observamos en la presente investigación, son diferentes los factores que se asocian a autocuidado y calidad de vida, donde se hace imprescindible el enfoque integral para un mejor resultado de lo que se busca.

CONCLUSIONES

1. El 63.6% de los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna estudiados fueron de sexo femenino, el 46,6% fueron mayores de 60 años; en cuanto a estado civil el 34.1% refirió ser casado(a) y un 25% convivientes. Asimismo, el 36.4% cuenta con grado de instrucción primaria y el 39.8% no tiene ocupación. En cuanto a las características clínicas, el 58% de pacientes se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, solo el 6.8% de los pacientes refieren como parte del tratamiento la dieta y los ejercicios, y el 75% se encuentran con un IMC por encima del normal.
2. La percepción Calidad de Vida en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es alta en un 60.2%, medio en un 25% y bajo en un 14.8%. Se encuentra asociado a los siguientes indicadores: estado civil, hospitalización en el último año y presencia de complicaciones; el 73% de los viudos y 70% de casados refieren un nivel de calidad de vida alta; al igual que los pacientes que no han sido hospitalizados y los que no han presentado complicaciones.
3. El nivel de Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, fue bajo en un 39.8%, medio en un 28.4% y alto en un 31.8%. Se encuentra asociado a los siguientes indicadores: sexo y presencia de complicaciones; el 35% de mujeres refieren un alto nivel de autocuidado al igual que las personas que han presentado una complicación.
4. El 77.1% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, considera tener una calidad de vida general alta, siendo la presencia de complicaciones el indicador que mostró asociación entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la práctica de autocuidado, a través del fomento de estilos de vida saludable, concientizándolos sobre la importancia del control médico, ejercicio y alimentación balanceada, para un buen estado de salud físico y emocional; haciendo énfasis en los indicadores que mostraron asociación, como el grupo de varones y los pacientes que no han presentado complicaciones. De esta manera convertir las categorías de regular y baja a un alto nivel de autocuidado.
2. Dar mayor importancia a un enfoque integral, psicoeducativo y terapéutico entre paciente y familia, haciendo un énfasis en las etapas tempranas de la enfermedad para mejorar así la percepción de la calidad de vida.
3. Se recomienda que el equipo de trabajo a cargo del programa de Diabetes Mellitus considere el presente trabajo de investigación y tome como punto de referencia los resultados obtenidos para así en un mediano plazo se pueda implementar de manera gradual estrategias que se centren en la prevención de dicha enfermedad, de tal forma que se mejoren los niveles de calidad de vida y autocuidado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de diabetes mellitus. 2010
2. OMS [sede web]. Suiza: OMS; 2016 [actualizado noviembre del 2016] Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs312/es/>
3. IDF. Atlas de Diabetes de la IDF. 7ma edición. Belgica: Karakas print, 2015
4. SEGUNDO SECLLEN. Prevalencia de diabetes. Perú 2014. [pagina web] disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/diabetes-millon-peruanos-padecen-y-2-millones-no-saben-que-tienen-2203432>
5. DIARIO CORREO TACNA. Diabetes mato a 54 adultos mayores en el 2014. [citado 2017, enero 15] disponible en: <http://diariocorreo.pe/edicion/54-fallecieron-por-diabetes-en-2014-604493/>
6. CANEPA J., GARCIA M., TEJADA H., MALDONADO M., SANCHEZ H. Análisis de situación de salud Tacna 2014. Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASISTACNA_v02_2014.pdf
7. PORTILLA L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes con y sin adherencia al tratamiento. [tesis de grado]. Universidad Mayor de San Marcos, 2011.
8. MUÑOZ D. Calidad de vida en Pacientes Diabéticos Tipo 2 tratados con insulina vs tratados sin insulina en atención primaria. [tesis grado] universidad Mayor. Chile, 2013.

9. ISLAS S., REVILLA M. diabetes Mellitus. 3ra edición. Editor: Mc Graw-Hill. México, 2005.
10. VILLALOBOS C., Autocuidado del adulto con diabetes tipo 2 en control ambulatorio. México, 2002.
11. ROMERO I., DOS SANTOS M., APARECIDA T., ZANETTI M. Autocuidado de personas con diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México, 2010
12. ARIAS M., RAMIREZ. Apoyo Familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacamac [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] escuela de enfermería Padre Luis Tezza. Lima; 2013.
13. LUGO G. Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. [Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería] universidad autónoma de Querétaro. México, 2010
14. FERNÁNDEZ A., ABDALA T., ALVARA E., et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Méd Quir. 2012;17(2):94-99.
15. CHAVERRI J., FALLAS J. Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
16. ORIZAGA J. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención del IMSS-Querétaro. [tesis para optar el grado de Maestro en Salud Publica] Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2013.
17. CONTRERAS A., CONTRERAS A., HERNANDEZ., CASTRO M., NAVARRO L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincilejo. Colombia, 2013.
18. AMORES V. Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. [tesis para optar el grado de maestra en Ciencias de Enfermería]. Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2013.

19. BAUTISTA L., ZAMBRANO G. La calidad de vida percibida en paciente diabéticos tipo 2 [citado el 2017, 15 de enero]. Disponible en:
<http://revista.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261/9760>
20. Barrantes M. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica Herediana*, 2010; 21:118-127.
21. Noda J., Pérez J., Malaga G. y Aphan M. Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revista Médica Herediana*, 2008; 19(2): 68-72.
22. American Diabetes Association. Standards of Medical care in Diabetes. *The journal of clinical and applied research and education*. 2016; 3(1): S13-S22
23. URZUA A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. 2011. [acceso 2017, 15 de enero] Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
24. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Revista de Atención Primaria*. Mayo 2002; 29 (8): 517-521.
25. BADIA X. La satisfacción con el tratamiento. España, 2005. [acceso 2017, 15 de enero] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-satisfaccion-con-el-tratamiento-13076936>
26. LEDON L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Cuba, 2012. [acceso 15 de enero del 2017] Disponible en:
http://scielo.sdl.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
27. JADAN M. Prácticas de Autocuidado y su relación con complicaciones frecuentes en pacientes diabéticos del Club "Amigos

- Dulces” del Hospital Isidro Ayora, Periodo Junio-noviembre. [tesis para otra el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional de Loja. Ecuador, 2011.
28. GOMEZ Y. Intervención de Enfermería en la educación de personas con diabetes mellitus. Revista electrónica de portales médicos [internet]. 2012 [15 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4816/1/Intervencion-de-Enfermeria-en-la-educacion-de-las-personas-con-diabetes-mellitus.html>
29. ANN MARRINER T., RAILE ALLIGOOD M. DOROTHEA E. OREM. La Teoriaenfermera del deficit de autocuidado. Modelos y Teorias de enfermería. Quinta edición. Elsevier Mosby, España; 2003. P. 189-198
30. CANAL DIABETES. Como afecta el consumo de agua en la diabetes. [internet]. [actualizado 14 de febrero del 2013] disponible en: <http://www.canaldiabetescom/agua-y-diabetes/>
31. DOCUMENTO TECNICO. RM 162-2015. Consulta Nutricional para la prevención y control de la diabetes Mellitus tipo 2 de la persona Joven, Adulta Mayor. 2015. Disponible en: <http://ftp2.minsa.gop.pe/normaslegales/2015/RM-162-2015-MINSA.PDF>
32. INSTITUTO NACIONAL DE LA DIABETES Y LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y RENALES (NIH). Problemas de los riñones asociados con la diabetes. [internet].[actualizado 12 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://medlineplus.gov/spanish/dianetickidneyproblems.html>
33. MEDINA A. Actividad y descanso. [acceso 15 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/module/mod_ense/revista/pdf/Numero_35/ANA_MARIA_MEDINA_GARCIA_01.pdf

34. SOLANO C. Interacción Social. 2013. [acceso 15 de enero del 2017].
Disponibile en: http://prezi.com/cljqbg3j1_98/interaccion-social/
35. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. [acceso 15 de enero 2017].
Disponibile en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

MUESTRA DE ESTUDIO

$$n = \frac{Z^2 \cdot p (1 - p)N}{(N - 1)E^2 + Z^2 * p (1 - p)}$$

Donde:

N	240	Población de pacientes atendidos en el programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue
Z	1,96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
P	0,1	Proporción de usuarios que tienen la característica de interés
E	0,05	Margen de error
N	88	Tamaño de muestra

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017" cuyo objetivo es determinar la calidad de vida y el autocuidado.

Estoy consciente que para lograr el objetivo mencionado consiste en la aplicación de un cuestionario y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 03

“CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017”

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Edad: | () divorciado (a) |
| () de 20 a los 29 | () viuda (a) |
| () de los 30 a los 39 años | |
| () de los 40 a 49 años | 4. Grado de instrucción: |
| () de los 50 a 59 años | () primaria |
| () de 60 a más | () secundaria |
| | () técnico superior |
| 2. Sexo: | () superior |
| () masculino | |
| () femenino | 5. Cuenta con trabajo: |
| | () si |
| 3. Estado Civil: | () no |
| () soltero (a) | |
| () casado (a) | 6. Ocupación: |
| () conviviente | _____ |

INFORMACION MEDICA

1. ¿hace Cuánto tiempo que le diagnosticaron la enfermedad?
_____años _____meses
 2. ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita a su control de diabetes?
_____semanas _____ meses
 3. ¿Cuál es el tratamiento que tiene indicado para su diabetes?
() solo alimentación () alimentación más ejercicios
() medicación oral () insulina
() medicación oral + insulina
 4. ¿ha presentado alguna complicación relacionada con su diabetes?
() si () no
 5. Si la respuesta es sí anote ¿Cuál es?
() retinopatía () nefropatía
() neuropatía () pie diabético
 6. ¿A requerido alguna hospitalización en el último año a causa de su diabetes?
() si () no
¿Por _____ qué?
-
7. Medidas antropométricas
Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____
 8. Exámenes de laboratorio:
 - Glucosa: _____

AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABETICO

AUTOR: Gabriela Contreras Sánchez

Modificado del instrumento de Arias y Ramirez

N°	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		NUNCA 1	A VECES 2	SIEMPRE 3
	DIETA			
01	Sigue la dieta indicada por su médico			
02	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
03	hay aumento de hambre, de comer			
04	Hay aumento de sed			
05	Consume bebidas alcohólicas			
06	Consume gaseosa, golosinas, pasteles			
07	Controla su peso cada mes			
	NECESIDADES FISIOLÓGICAS			
01	Necesidad frecuente de orinar			
02	Ha notado cambios al momento de orinar (orina espumosa)			
03	Siente ardor o dolor al orinar			
04	Necesidad frecuente de defecar			
05	Presenta diarrea			
06	Sufre de estreñimiento			
07	Siente molestias o dolor al defecar			
	ACTIVIDAD / DESCANSO			
01	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr			
02	Se controla la glucosa antes de empezar su rutina			
03	Acostumbra a tomar una siesta			
04	Duerme Ud. De 7 a 8 hrs diarias			
05	Presenta insomnio			
06	Usa algún fármaco para poder dormir recetado por un médico			
07	Presenta fatiga por no haber descansado			
	INTERACCIÓN SOCIAL			
01	Pertenece al club de diabéticos			
02	Prefiero estar solo en lugar de relacionarme con otras personas			
03	Tengo dificultad para expresar lo que siento			

04	El diagnostico de su enfermedad ha alterado su entorno laboral			
05	Le ha afectado saber que tiene diabetes			
06	Le ha afectado a su familia el saber que tiene diabetes			
07	Recibe apoyo de la familia			
	PREVENCION MEDICA			
01	Acude al médico por lo menos 3 veces al año			
02	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad			
03	Se mide la presión arterial			
04	Cumple con las indicaciones médicas			
05	Cumple con las pruebas de control por lo menos una vez al año			
06	Lleva un control de glucosa o azúcar en sangre			
07	Le brindan educación sanitaria sobre la enfermedad			
	TRATAMIENTO			
01	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
02	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento			
03	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas			
04	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
05	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
06	¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su Diabetes?			
07	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento			

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO- DQOL

N°	ITEMS	Muy satisfecho 1	Mas o menos satisfecho 2	Ninguno 3	Mas o menos insatisfecho 4	Muy insatisfecho 5
SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO						
01	¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que le toma manejar su diabetes?					
2	¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?					
03	¿Qué tan satisfecho esta con tu tratamiento actual?					
04	¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarde en determinar su nivel de azúcar?					
05	¿Qué tan satisfecho esta con la flexibilidad de su dieta?					
06	¿Qué tan satisfecho esta con la carga que su diabetes es para su familia?					
07	¿Qué tan satisfecho esta con su conocimiento sobre diabetes?					
08	¿Qué tan satisfecho esta con sus horas de sueño?					
09	¿Qué tan satisfecho esta con su vida social y amistades?					
10	¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?					
11	¿Qué tan satisfecho esta con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?					
12	¿Qué tan satisfecho esta con la apariencia de su cuerpo?					

13	¿Qué tan satisfecho esa con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?					
14	¿Qué tan satisfecho esta con su tiempo libre?					
15	¿Qué tan satisfecho esta con su vida general?					
IMPACTO DEL TRATAMIENTO						
		Nunca 1	Muy poco 2	Algunas veces 3	Con frecuencia 4	Todo el tiempo 5
16	¿Con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?					
17	¿Con que frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?					
18	¿Con que frecuencia tiene baja el azúcar en sangre?					
19	¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?					
20	¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?					
21	¿Con que frecuencia duerme mal por las noches?					
22	¿Con que frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?					
23	¿Con que frecuencia se siente bien con usted mismo?					
24	¿Con que frecuencia se siente restringido por su dieta?					
25	¿Con que frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?					
26	¿Con que frecuencia su diabetes no le permite					

	manejar un auto o usar una máquina (ej.: una máquina de escribir)?					
27	¿Con que frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?					
28	¿Con que frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?					
29	¿Con que frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?					
30	¿Con que frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?					
31	¿Con que frecuencia le habla a los demás de su diabetes?					
32	¿Con que frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?					
33	¿Con que frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de la diabetes?					
34	¿Con que frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe?					
35	¿Con que frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?					
PREOCUPACION POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES						
		Nunca 1	Poco 2	Algunas veces 3	Con frecuencia 4	Siempre 5
36	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?					
37	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?					

38	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?					
39	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si le negara un seguro?					
40	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar con su escuela?					
41	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?					
42	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si tomar unas vacaciones o hacer un viaje?					

PREOCUPACION ACERCA DE LOS EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES MELLITUS

		Nunca 1	Poco 2	Algunas veces 3	Con frecuencia 4	Siempre 5
	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se desmayara?					
	¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?					
	¿Con que frecuencia le preocupa tener complicaciones con su diabetes?					
	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?					

INSTRUMENTO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

Apellidos Y Nombres del Informante	Cargo o Institución donde labora	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor Del Instrumento
Evelyn Gutiérrez Uccelich	Hospital Hipolito Unanue de Tacna	Encuesta de Autocuidado en el paciente diabético	Gabriela Trilce Contreras Sánchez

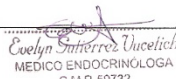
Título: "CALIDAD DE VIDA Y AUTOCAUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIO	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Es formulado con lenguaje apropiado																			X	
2. OBJETIVIDAD	Consigna datos precisos de la historia clínica del paciente																			X	
3. ACTUALIDAD	Está acorde con los últimos estudios del tema de investigación																				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																				X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.																			X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar características clínicas y complicaciones infecciosas en pacientes con DP																			X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.																			X	
8. COHERENCIA	Entre los indicadores y variables																		X		
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.																		X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Aplicable en el servicio de endocrinología ya que se cuenta con el ambiente adecuado y la casuística para ello*

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Hospital Hipolito Unanue - Tacna 14-03-17	44218199	 Evelyn Gutiérrez Uccelich MEDICO ENDOCRINOLOGA C.M.P. 59732	994478897
Lugar y Fecha	DNI : N°	Firma y Post firma del Experto Informante	Teléfono N°

INSTRUMENTO DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

Apellidos Y Nombres del Informante	Cargo o Institución donde labora	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor Del Instrumento
<i>Antezana Román, Augusto</i>	<i>Hospital Hipólito Unanue de Tacna</i>	<i>Encuesta de Autocuidado en el paciente diabético</i>	Gabriela Trilce Contreras Sánchez

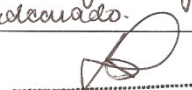
Título: "CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIO	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Es formulado con lenguaje apropiado																			X	
2. OBJETIVIDAD	Consigna datos precisos de la historia clínica del paciente																			X	
3. ACTUALIDAD	Está acorde con los últimos estudios del tema de investigación																			X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																			X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.																			X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para identificar características clínicas y complicaciones infecciosas en pacientes con DP																			X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.																			X	
8. COHERENCIA	Entre los indicadores y variables																			X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.																			X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: *Aplicable en el programa ya hay antecedentes de un trabajo similar, ambiente adecuado.*

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

<i>Tacna 13/03/2017 29717518</i>		 Augusto Antezana Román MEDICO ENDOCRINOLOGO C.M.P. 34816 R.N.E 17308	<i>952828258</i>
Lugar y Fecha	DNI : N°	Firma y Post firma del Experto Informante	Teléfono N°

ANEXO 05
VALIDACION DE INSTRUMENTO POR OPINION DE
EXPERTOS

EXPERTOS	CONSTRUCTO VALIDADO	
	Características generales y Autocuidado	
	Acumulado	%
Evaluador 1	760	84,4
Evaluador 2	830	92.2
Evaluador 3	795	88.3
PROMEDIO TOTAL	795	88.3

El constructo “Características generales y autocuidado” fue valorado con un 88.3% de validez de contenido para los indicadores: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología. Por lo que se concluye que el instrumento es completamente aplicable para medir la variable “caracterización biodemográfica y autocuidado”.

ANEXO 06
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
POR ALFA DE CRONBACH

INSTRUMENTO	ALFA DE CRONBACH BASADA EN LOS ELEMENTOS TIPIFICADOS	NRO DE ELEMENTOS TIPIFICADOS
AUTOCUIDADO	0,837	42

Análisis de Fiabilidad

Escala : TODAS LAS VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,837	42

Estadísticas total de elemento