

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES
DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Gabriela Xiomara Esquía Chambe

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2016**

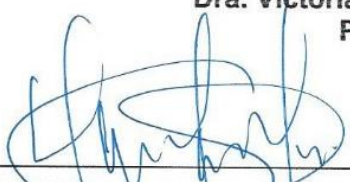
TESIS

**Presentada por:
BACH. GABRIELA XIOMARA ESQUÍA CHAMBE**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:


Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA


Mgr. Wender Condori Chipaña
JURADO


Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes
JURADO


Dra. Elva Maldonado de Zegarra
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, porque sin su guía no soy nadie, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

- A mis padres Winston y Sofía, y a mis hermanos Eduardo y Fernando, porque detrás de este logro están ellos, por su amor incondicional, su apoyo, comprensión, sus buenas enseñanzas y por haber sido mi fuente inagotable de motivación.
- A mi novio Oswaldo Ticona Ramos, por creer en mí, brindarme un amor sincero y generar en mí un deseo de crecimiento profesional.
- A mi amiga la Lic. Kharina Mamani Cahuaya, por su apoyo incondicional, asesoramiento, a lo largo de estos meses y apoyo en la parte estadística del trabajo de investigación.
- A la Dra. Elva Maldonado de Zegarra, por su asesoramiento, conocimiento y predisposición para la realización de mi tesis.
- Agradecimiento por su apoyo incondicional al Dr. Augusto Antezana Román, presidente de la Sociedad Peruana de Endocrinología Filial Tacna y Moquegua, a su vez encargado del Programa de Diabetes e Hipertensión del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, asimismo a los pacientes del Programa de Diabetes por su apoyo incondicional.

- Al Dr. Jaime Vargas Zeballos, director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, y a la Lic. Raquel Zevallos Delgado por permitir la realización de la ejecución de mi investigación.
- Agradecimiento a la Mgr. Carla Mori Fuentes, Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, Lic. Elías Condori Nina, Lic. Verónica Castro Guisa, Lic. María Llanque Vilca, por su apoyo y predisposición en la validación de los instrumentos de mi investigación.
- A los miembros del jurado: Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, Mgr. Carla Mori Fuentes, Mgr. Wender Condori Chipana, por el asesoramiento en la etapa final de esta investigación.
- Agradecimiento a la Lic. Monique Patty Tenicela Tello, por su apoyo y disposición en permitirme realizar la Prueba Piloto en el P.S. Intiorko.
- A mi amiga Yorgelis Coila Tenicela por haberme ayudado en la aplicación de las encuestas, porque sin su ayuda no podría haber obtenido esta preciada investigación.
- A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome el amor a la carrera y lo que representa Enfermería en la sociedad.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	03
1.2. Objetivos.....	10
1.3. Justificación.....	11
1.4. Formulación de la hipótesis.....	14
1.5. Operacionalización de variables.....	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas.....	33
2.3. Definición conceptual de términos.....	62

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	63
3.2. Población y muestra.....	63
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	65

3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	69
3.5. Procesamiento de datos.....	70

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	71
4.2. Discusión.....	94

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación planteó, como objetivo; determinar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016; fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 88 pacientes diabéticos, la técnica aplicada fue una encuesta, se usaron el DQOL, que evalúa la calidad de vida del paciente diabético y para el autocuidado, un instrumento modificado en base a la teoría de Dorothea Orem. Como resultado se obtuvo, a través del chi cuadrado, que existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 79,5% tienen una calidad de vida baja y el 20,5% calidad de vida media. A su vez 83,0% de los pacientes diabéticos presentan un buen autocuidado y el 17,0% regular. Concluyendo, que a menor calidad de vida se requerirá mayor autocuidado en el paciente diabético.

Palabras clave: *Calidad de Vida, Autocuidado, Pacientes Diabéticos.*

ABSTRACT

This research raised as an objective; determine the quality of life and self-care in patients Diabetes Program Hipolito Unanue Hospital in Tacna, 2016; It was quantitative with descriptive correlational design and cross-section, with a sample of 88 diabetic patients, the technique used was a survey, DQOL, which evaluates the quality of life of diabetic patients and for self-care were used, a modified instrument based on the theory of Dorothea Orem. As a result was obtained through the chi square, there is a highly significant relationship between the variables, where 79.5% have a low quality of life and 20.5% average quality of life. At the same time 83.0% of diabetic patients have a good self-care and 17.0% regularly. Concluding that a lower quality of life will require greater self-care in diabetic patients.

Keywords: *Quality of Life, Self Care, Diabetic Patients.*

INTRODUCCIÓN

En el Perú, mucha población joven, de entre 30, 40 o 50 años, ya ha sido diagnosticada con diabetes. Anualmente la incidencia de personas con diabetes en Tacna aumenta de manera alarmante. La diabetes ha dejado de ser una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia entre los adultos mayores.

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, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento. (7)

El autocuidado es la base del control de la diabetes. 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)

Por lo anterior, es importante que la enfermera trate a la persona diabética en forma holística, debe hacer énfasis en la promoción, prevención y en acciones de autocuidado que permitan a las personas un mejor manejo de su enfermedad.

Se realizó la presente investigación cuya finalidad fue determinar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: El primero se ocupa del planteamiento del problema, se hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo, como marco teórico, desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. El tercero presenta la metodología de la investigación, en el que aparece el material y los métodos, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos de recolección y el procesamiento de datos. Finalmente, el cuarto capítulo trata sobre los resultados y la discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes es 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 es 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). Según las previsiones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de defunción para el 2030. (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. (4)

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 reportaban más casos. (5)

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. (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 100 000 hab.) desplazando a los accidentes de transporte terrestre (16,5 x 100 000 hab.) a segunda causa.(4)

Se resalta que la mortalidad por Diabetes Mellitus tiene un incremento de 45,7% con relación al año 2012, y continúa siendo un problema de salud pública regional de gran impacto, no por la magnitud sino por la severidad en que se presenta la enfermedad, generando discapacidad en gran parte de la población. Llama la atención que las mujeres resultaron más afectadas en un 60%, que los hombres. (4)

Las personas con diabetes, cuya enfermedad está mal controlada, tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, 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, la 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 “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, Spitzer 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 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 profesional de enfermería trate a la persona diabética en forma holística, debe hacer énfasis en la promoción, prevención y en acciones de autocuidado que permitan a las personas un mejor manejo de su enfermedad. Generalmente 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 con diabetes mellitus el cambio que deben realizar en su estilo de vida (como la alimentación sana, ejercicios, etc.), la complejidad del tratamiento farmacológico, ya 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 fracase 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 regulares 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 total de 240

atenciones por mes, trabajo coordinado con el personal de enfermería.

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, 2016.

Formulación del problema:

¿Cómo la calidad de vida se relaciona con el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar biodemográficamente a los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

- Identificar la calidad de vida en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.
- Identificar el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.
- Relacionar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

1.3. 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 a aportar 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.

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 100 000 hab.) desplazando a los accidentes de transporte terrestre (16,5 x 100 000 hab.) a segunda causa. Se resalta que la mortalidad por Diabetes Mellitus tiene un incremento de 45,7% con relación al año 2012, y las mujeres resultaron más afectadas en un 60%, que los hombres.

Dada la gran prevalencia de 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 a través del autocuidado.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_0 : No Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

H_1 : Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables utilizadas en el presente estudio son:

- ✓ Variable independiente: Calidad de vida
- ✓ Variable dependiente: Autocuidado

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE Calidad de Vida	La calidad de vida es el bienestar físico-social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas. (44)	Satisfacción con el tratamiento	• Tiempo de diabetes • Tratamiento • Conocimiento de la diabetes	Ordinal Alto: 56 a 75 pts. Medio: 35 a 55 pts. Bajo: 15 a 34 pts.
		Impacto del tratamiento	• Dolor con el tratamiento • Lidar con la diabetes • Interfiere su sueño • Limita su vida social, familiar, recreación y sexual	Ordinal Alto: 74 a 100 pts. Medio: 47 a 73 pts. Bajo: 20 a 46 pts.
		Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	• Preocupación familiar, laboral, vacaciones y académicamente	Ordinal Alto: 26 a 35 pts. Medio: 17 a 25 pts. Bajo: 7 a 16 pts.
		Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus	• Cambios en la imagen corporal • Complicación con la diabetes • Cambios social	Ordinal Alto: 15 a 20 pts. Medio: 10 a 14 pts. Bajo: 4 a 9 pts.

VARIABLE DEPENDIENTE 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. (15)	Aire , agua y alimentación	•Frecuencia respiratoria : 20 respiraciones por minuto •Cantidad de líquidos en 24 horas : 2 litros •Tipo de dieta: - En personas con sobrepeso u obesidad una Dieta hipocalórica entre 20 y 30 Kcal/kg/día (IMC ≥ 25) - En personas con normopeso una Dieta Normocalórica entre 30 y 35 kcal/kg/día (IMC entre 18.5 y 25) •Consumo de verduras y frutas 4 a 5 unidades diarios •Control de peso	Ordinal Buen: 17 a 21 pts. Regular: 12 a 16 pts. Mal: 7 a 11 pts.
		Eliminación	•Frecuencia de orina •Cantidad de orina en 24 horas •Problemas de orinar: Nefropatía diabética, vejiga hiperactiva, ITU, retención de orina. •Frecuencia al defecar	Ordinal Buen: 17 a 21 pts. Regular: 12 a 16 pts. Mal: 7 a 11 pts.

		Actividad/ descanso	•Caminata diaria : 20 min •Número de horas de siesta: 1 hora •Número de horas de sueño nocturno: 7-8 horas •Problemas de descanso: insomnio, u otros problemas.	Ordinal Buen: 17 a 21 pts. Regular: 12 a 16 pts. Mal: 7 a 11 pts.
		Interacción social	•Participación con grupos sociales: miembro de alguna asociación ,club •Repercusión en el ámbito laboral y social •Interacción de la familia en el proceso de enfermedad •Salud mental: habilidades para la vida	Ordinal Buen: 17 a 21 pts. Regular: 12 a 16 pts. Mal: 7 a 11 pts.
		Prevención	•Control médico : Cada 3 meses Control de la presión arterial Control de glucosa • Tratamiento médico: Insulina o hipoglucemiantes orales •Control de exámenes : glucosa, hemograma completo, orina	

		Prevención	• Consulta oftalmológica • Consulta con el nutricionista : consejería nutricional • Consulta con enfermera: ❖ Educación sanitaria sobre - Cuidados de la vista ❖ Educación sanitaria sobre - Cuidado e higiene de la piel - Higiene y revisión de los pies - Protección a los pies - Uñas cortas ❖ Educación sanitaria sobre: - Alimentación - cumplimiento tratamiento médico - salud sexual y reproductiva	Ordinal Buen: 59 a 75 pts. Regular: 42 a 58 pts. Mal: 25 a 41 pts.
--	--	------------	---	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios constituyen la única forma de conocer exactamente las condiciones en las cuales se encuentra inmersa la enfermería, puesto que sus evidencias parten de la generación del conocimiento, a continuación se cita los estudios relacionados con la presente tesis.

✓ Internacional

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

Estudio es de tipo descriptivo transversal. La muestra se conformó de 76 personas. Concluyendo que los hombres presentan mayor afectación en todas las dimensiones, en relación con las limitaciones de la vida diaria, la de 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.

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 México” 2010. Estudio descriptivo y transversal .La muestra fue constituida por 251 personas .Concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes presentó capacidad de autocuidado regular, la cual está 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 edad de 70 a 80 años. En lo que se refiere al tiempo de la enfermedad se obtuvo que, cuanto más tiempo la persona tiene diabetes mellitus, peor es su capacidad de autocuidado.

Cadena C., Flores Y. (14), en su trabajo de investigación “Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” México 2010. Estudio descriptivo, transversal. La muestra fue de 100 pacientes. Concluyendo que las capacidades de autocuidado que predominan en la muestra estudiada se encontraron entre muy buenas y muy malas, sin

embargo esto se debe a que algunas personas no realizan las actividades de autocuidado. La aportación de enfermería sobre autocuidado no debe limitarse a información, es necesario intervenir con los pacientes en función del autocuidado para prevenir complicaciones.

Jadán M. (15), en su trabajo de investigación “Prácticas de Autocuidado y su relación con complicaciones frecuentes en pacientes Diabéticos del Club “Amigos Dulces” del Hospital Isidro Ayora, Periodo Junio-Noviembre” Ecuador 2011. Estudio es de tipo descriptivo. La muestra fue una población de 46 personas .Concluyendo que la mayoría presentó complicaciones agudas y crónicas destacándose la hiperglucemia severa y la retinopatía; las principales prácticas de autocuidado que realizaron antes de presentar las complicaciones fue el cumplimiento en el tratamiento farmacológico, asistencia a controles médicos y autoexamen de pies, dejando a un lado la dieta equilibrada, ejercicio físico, el autocontrol del peso y glucemia.

Recinos M. (16), en su trabajo de investigación “Autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus Hospitalizados en los servicios de Medicina del Hospital Nacional de Occidente Quetzaltenango” Guatemala 2013.

Estudio Descriptivo, de abordaje cuantitativo y de corte transversal. La muestra fue una población de 92 pacientes de los cuales 54 eran mujeres y 38 hombres. Concluyendo que tanto hombres como mujeres creen que los cambios llevados a cabo después de ser diagnosticados como diabéticos son: dieta, ejercicio y el estilo de vida. Según resultados los hombres son los que menos saben de autocuidado. El medicamento más utilizado es la glibenclamida. Ambos grupos refieren manejar niveles altos de estrés.

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. 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 las dimensiones del DQOL. Un aspecto importante a considerar es el apoyo familiar, en donde los

pacientes con insulina reportaron mayor número de personas que los apoyan con la enfermedad, lo que podría influir en la mejor calidad de vida de este grupo.

Orizaga J. (17), en su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel atención del IMSS-Querétaro” México 2013. Estudio de diseño transversal. La muestra fue de 270 usuarios. Concluyendo que la integralidad 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 en 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. (18), en su trabajo de investigación “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo” Colombia. 2013. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes.

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. (19), en su trabajo de investigación “Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos 2” México 2013. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 100 pacientes. Concluyendo que según los resultados obtenidos los pacientes no tienen conocimiento de autocuidado lo que conlleva el 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. Se considera necesaria la implementación de los sistemas de enfermería, el sistema de apoyo educativo permitiría a los pacientes a desarrollar su propia agencia de autocuidado.

Gómez M., Martelo A., Martínez L., Pacheco L., Villa Y. (20), en su trabajo de investigación “Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Cartagena” Colombia 2014. Estudio descriptivo transversal. La población 244 pacientes .Concluyendo que los pacientes presentan una muy buena capacidad de autocuidado, debido a que la gran mayoría realiza prácticas de cuidado que le ayudan a mantener un control óptimo de su enfermedad; cambian los hábitos que pueda alterar su estado de su salud, consumen una dieta equilibrada para mantener un peso adecuado. Las intervenciones educativas y la motivación que se realiza a los pacientes en la consulta externa ha influido para que no aumenten los riesgos de complicación.

Gómez D. (21), en su estudio de trabajo de investigación “Autocuidado y Calidad de Vida en personas con Hemodiálisis” México 2014. Estudio descriptivo correlacional. La muestra fue 64 participantes. Concluyendo que los factores condicionantes básicos como la edad, la educación formal y el sexo se relacionan con los conocimientos que la persona posee sobre su enfermedad. El tiempo de tratamiento de hemodiálisis es un determinante para que la persona adquiera habilidades en el autocuidado y de esta forma presente una mejor calidad de vida.

Bautista L., Zambrano G. (22), en su trabajo de investigación “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2” Colombia 2014. Estudio cuantitativo descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 287 pacientes. 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.

Loredo M., Gallegos R., Xequé A., Palomé G., Juárez A. (23), en su trabajo de investigación “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor” México 2016. Estudio de diseño transversal. La muestra fue de 116 adultos mayores. Concluyendo que el grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tiene repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del

adulto mayor. Es necesario fortalecer y fomentar en el adulto mayor, las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso.

✓ **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. Concluyendo que existen diferencias estadísticamente significativas en la Calidad de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus con y sin 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.

Haya K., Paima K. (24), en su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital EsSalud - II Tarapoto. Junio” Agosto 2012. Estudio de tipo Descriptivo con enfoque

Cuantitativo. La muestra estuvo representada por 74 pacientes .Concluyendo que la calidad de vida de los pacientes con Diabetes es de Regular a Alta. La edad promedio de los pacientes es de 59 años. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 -29 años, con una pertenencia al programa de 1 – 16 años, la complicación que más les preocupa es la amputación y problemas de los pies. La dimensión que más les afecta es la preocupación por efectos futuros de la enfermedad, seguida por impacto de la enfermedad y la menos afectada es satisfacción con el tratamiento.

Los queques (25), en su trabajo de investigación “Efecto de Talleres de Prevención Y Autocuidado Sobre los Niveles de Conocimientos Y Practicas en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital I Luis Albrecht Red Asistencial La Libertad EsSalud 2012” .Estudio cuantitativo de diseño experimental. La muestra fue de 80 pacientes .Concluyendo que los niveles de conocimientos de los pacientes con Diabetes mellitus 2 que participaron del taller aumentaron significativamente más que en el grupo que no reciben el taller. Los pacientes participen en programas educativos utilizando como metodología

los talleres para aumentar los niveles de conocimientos y mejora de prácticas respecto de su enfermedad previniendo complicaciones.

Arias Bramón M., Ramírez Gutiérrez S. (12), 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. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional. La muestra fue 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. Las prácticas de autocuidado resultaron regulares y las 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.

Alayo I., Horna J. (26), en su trabajo de investigación “Conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora – EsSalud” Trujillo 2013. Estudio descriptivo. La muestra fue de 163 pacientes. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de

autocuidado en adultos con diabetes. Al brindarles información sobre su enfermedad y como prevenir futuras complicaciones; se logra que el paciente asuma la responsabilidad de su autocuidado y tenga un estilo de vida saludable. Continuar con la ejecución de programas integrales en las instituciones de salud que incluyan realizar talleres vivenciales, capacitaciones y consejería.

Olazo F. (27), en su trabajo de investigación “Capacidad de Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Salud del Paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” Lima 2015. Estudio descriptivo de diseño transversal. La muestra fue de 175 personas. Concluyendo que la calidad de vida en salud de los adultos mayores tiende a ser baja, presentándose con mayor énfasis en las dimensiones salud general, rol físico, función física y rol emocional; sin embargo, existe una tendencia a una buena calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal, salud mental, vitalidad y funcionamiento social.

Garcilazo M. (28), en su trabajo de investigación “Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para realizar las Actividades Instrumentales de la vida diaria. En un Centro de

Salud de San Juan de Miraflores” Lima 2015. Estudio descriptivo simple y de corte transversal .La muestra fue de 74 adultos mayores .Concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida. En la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, el que prevalece es el nivel de deterioro cognitivo leve siendo el más comprometido: memoria a largo plazo.

Romero C. (29), en su trabajo de investigación “Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida relacionada con la Salud en un Grupo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 “ Lima. 2015. Estudio descriptivo .La muestra fue de 44 pacientes. Concluyendo que la respuesta emocional que esta enfermedad genera y el control que uno sienten sobre ésta se asocian a la calidad de vida. Una gran proporción de los pacientes son conscientes de las complicaciones que vienen con su enfermedad y se encuentran preocupados por ellas.

✓ **Local**

Tuyo K. (30), en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II, en el C.S. San Francisco – Tacna 2015”. Estudio de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional. La muestra fue de 42 pacientes. Concluyendo que la mayoría tiene un nivel de conocimientos regular, los pacientes no tienen conocimientos suficientes para realizar su propio autocuidado poniendo en riesgo su salud; a su vez presentan una práctica de autocuidado regular, dejando a un lado las prácticas de autocuidado fundamentales como la dieta equilibrada, ejercicio físico. Determinando que no existe relación significativa entre el Nivel de Conocimiento y la Práctica del Autocuidado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. 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. (31)

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: (31)

- 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 incluye 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: (31)

- 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.

a. 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.

b. 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, elaborado por el grupo del Diabetes Control y complicaciones, fue diseñado para evaluar los efectos de un tratamiento intensivo en pacientes con diabetes, 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.

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

1. 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 diferentes dimensiones que componen el tratamiento, relacionando las expectativas del paciente con lo que ocurre en realidad. (32)

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, o 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 período largo (32)

2. Impacto del tratamiento

Cuando una persona recibe la noticia que padece diabetes mellitus se desencadena en ella una serie de reacciones, que varían 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. (33)

El tratamiento y la "adaptación" o "aceptación" de la enfermedad puede implicar un largo proceso de maduración durante el cual se han 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. (33)

3. Preocupación por 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. (33)

4. 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. (33)

d. 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, realizarse exámenes de laboratorio, etc.(31)

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 lo 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. (31)

2.2.2. Autocuidado

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 cuál va a obtener un estado óptimo de salud. (15)

a. 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 del peso, etc. (15)

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. (34)

b. Medición del autocuidado en el paciente diabético

El siguiente es un instrumento modificado de las autoras Arias Milagros y Ramírez Sandra, adecuado

con los requisitos de autocuidado de la teoría de Dorothea Orem el cual consta de 36 ítems, con las siguientes dimensiones:

- **Aire, agua y alimentación:** El aire es una mezcla gaseosa que forma la atmósfera de la tierra, compuesto por sustancias como el nitrógeno, oxígeno, vapor de agua, dióxido de carbono e hidrógeno. El aire se encuentra presente en todas partes, no se puede ver, oler, ni oír. (35)

El agua es la sustancia líquida, transparente, inodora, incolora e insípida, fundamental para el desarrollo de la vida en la Tierra, cuya composición molecular está constituida por dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. (36)

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 aún las piernas por gangrena y ceguera. (37)

Pese a que las instituciones médicas recomiendan esa cantidad de agua al día, hay excepciones: ya que esta cantidad depende del metabolismo de cada persona y también del deporte que esa persona lleve a cabo. (37)

La alimentación es un proceso mediante al cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias del día a día. También, la alimentación es conceptualizada como la ingestión de alimentos por parte de los organismos para conseguir los nutrientes necesarios y así con esto obtener las energías y lograr un desarrollo equilibrado. (38)

La alimentación debe ser racionado, variado y equilibrado, ayuda a controlar el peso y alcanzar un

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.(39)

Tipo de dieta:

- En personas con sobrepeso u obesidad una Dieta hipocalórica entre 20 y 30 Kcal/kg/día [IMC ≥ 25]
 - En personas con normopeso una Dieta Normocalórica entre 30 y 35 kcal/kg/día [IMC entre 18.5 y 25] (39)
- **Eliminación:** Son las deposiciones que evacua el organismo humano: materia fecal y orina. (40)

Muchos acontecimientos o trastornos pueden dañar los nervios que controlan la función vesical, entre ellos se cuentan 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: (41)

❖ **Nefropatía diabético:** Cada riñón está compuesto de cientos de miles de unidades pequeñas llamadas nefronas. Estas estructuras filtran la sangre, ayudan a eliminar los residuos del cuerpo y controlan el equilibrio de líquidos.(41)

Si están dañados, los desechos y los líquidos se acumulan en la sangre en lugar de salir del organismo. El daño renal ocasionado por la diabetes se denomina nefropatía diabética. (41)

❖ **Vejiga hiperactiva:** Los nervios dañados podrían enviar señales a la vejiga en el momento inadecuado, haciendo que los músculos se contraigan sin aviso. (42)

El control inadecuado de los músculos del esfínter. Los músculos del esfínter rodean la uretra, el tubo que transporta orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo, y la mantiene cerrada para retener la orina en la vejiga. Si los nervios de los músculos del esfínter se dañan, los músculos pueden aflojarse y permitir el goteo o permanecer cerrados cuando la persona trata de expulsar la orina. (42)

- ❖ **Retención de orina:** En algunas personas, el daño de los nervios evita que los músculos de la vejiga reciban la señal de que es tiempo de orinar o hace que los músculos sean muy débiles y no puedan vaciar la vejiga por completo. Si la vejiga se llena demasiado, puede acumularse la orina y la presión creciente puede dañar los riñones. Si la orina permanece demasiado tiempo en el cuerpo se puede desarrollar una infección en los riñones o la vejiga. La retención urinaria también puede producir incontinencia por rebosamiento, que es

el goteo de orina cuando la vejiga está llena y no se vacía por completo.(42)

❖ **Infecciones de las vías urinarias:** Cuando las bacterias, usualmente del sistema digestivo, alcanzan las vías urinarias se pueden presentar infecciones. Si las bacterias crecen en la uretra, esta infección se conoce como uretritis. Las bacterias pueden subir por las vías urinarias y causar una infección de la vejiga llamada cistitis. Una infección sin tratarse puede avanzar más adentro del cuerpo y causar pielonefritis, una infección de los riñones.(42)

- **Actividad y descanso:** Toda actividad genera la necesidad del descanso, es decir procura mantener el equilibrio físico y psíquico de la persona.

La actividad es el conjunto de operaciones o tareas físicas y/o psíquicas propias de una persona y que tiene un fin. (43)

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. Lo recomendado es dormir de 7 - 8 horas, ya que la falta de suficiente sueño aumenta el riesgo de contraer enfermedades cardiacas, cáncer o diabetes. (43)

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 mejorar la utilización de la insulina. (15)

El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo, mediante caminatas de 30 minutos diarias al ritmo del paciente por día ,5 a 6 veces por semana, es el ejercicio ideal. No es recomendable ejercicios como el alpinismo, buceo, box. (15)

Efectos generales del ejercicio

- ✓ Control de peso
- ✓ Aumenta la eficacia cardiaca y respiratoria.
- ✓ Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y disminuye la presión arterial.

- ✓ Aumenta la eficacia de la insulina
 - ✓ Mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol
 - ✓ Sensación de bienestar general
 - ✓ Favorece una mejor utilización del azúcar por el organismo y por lo tanto hace que disminuyan los niveles de azúcar en sangre.
 - ✓ Mejora la circulación sanguínea
 - ✓ Aumenta el tono y la fuerza muscular
 - ✓ Ayuda a combatir el estreñimiento
 - ✓ Favorece la relajación
-
- **Interacción social:** Es la capacidad de interactuar y establecer relaciones de confianza y afecto con adultos, compartiendo, participando y colaborando en actividades grupales. La interacción social determina las formas de comportamiento, relaciones sociales entre los individuos, grupos, instituciones y la propia comunidad donde interactúan. (44)

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.(44)

- **Prevención:** La prevención se centra en desarrollar medidas y 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. (45)

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 enfermera

Todas estas intervenciones ayudan a que el paciente diabético, maneje buenos estilos de vida, evitando complicaciones futuras. El autocuidado se encuentra relacionado a la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem.

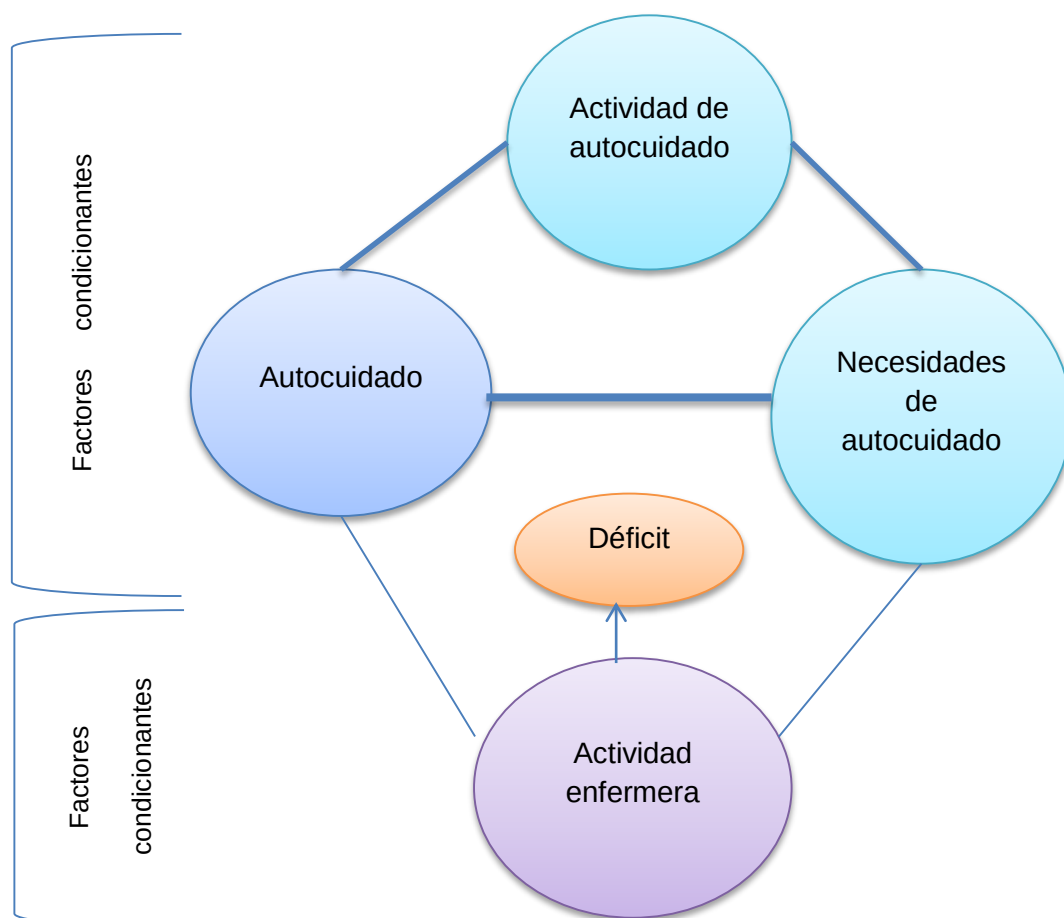
2.2.3. Teoría del Autocuidado –Dorothea Orem

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. (46)

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y 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 también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (46)

Marco Conceptual para la Enfermería



a. Conceptos principales y definiciones

- ✓ **Autocuidado:** Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.(46)
- ✓ **Requisitos de autocuidado universales:** Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del circuito vital. Se proponen seis requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: (46)
 1. El mantenimiento de un aporte de aire ,agua y alimentos suficientes
 2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
 3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal, La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.
-
- ✓ **Actividad de autocuidado:** Compleja habilidad adquirida por las personas maduras, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.(46)

 - ✓ **Necesidades de autocuidado terapéutico:** Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto

tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias se utilizarán métodos adecuados para:

1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

✓ **Déficit de autocuidado:** Relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. (46)

- ✓ **Actividad enfermera:** Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.(46)

2.2.4. Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica del metabolismo. Se debe a la falta total o parcial de la hormona llamada insulina, secretada por los islotes de Langerhans en el páncreas. Su déficit produce la falta de absorción de la glucosa por parte de las células, produciendo una menor síntesis de depósitos energéticos en las células y la elevación de la glucosa en la sangre. (47)

Esta enfermedad crónica se caracteriza por presentar dos glicemias en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl;

glicemia al azar o dos horas post carga de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl. Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran la micción excesiva (poliuria), aumento de sed (polidipsia) y aumento del apetito (polifagia). (48)

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían de 70-110 mg/dl en la persona sana. En el paciente con diagnóstico de Diabetes es de 70-130 mg/dl, de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes (determinación por método enzimático). (48)

a. Clasificación:

- **Diabetes mellitus tipo I:**

Se caracteriza por destrucción de las células β pancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena. Se presenta a cualquier edad, pero su mayor incidencia se observa en menores de 15 años, con mayor frecuencia en edad preescolar y especialmente prepuberal. (48)

- **Diabetes mellitus tipo II:**

Es una enfermedad crónica degenerativa causada por la deficiencia en la producción y utilización de insulina, cuya consecuencia es una elevación anormal de la glucemia. Con el paso del tiempo los niveles altos de glucosa en la sangre pueden lesionar varios sistemas del organismo, lesiones que desencadenan complicaciones. (48)

b. Manifestaciones clínicas:

Frecuentemente, la Diabetes tipo 2 no tiene síntomas en su primera fase. Cuando se presentan los síntomas, podrían aparecer gradualmente y ser muy sutiles. Los síntomas podrían incluir: (49)

- Incremento del apetito y sed.
- Orinar con más frecuencia.
- Entumecimiento u hormigueo las manos y pies.
- Visión borrosa.
- Infecciones frecuentes de encías, piel o vejiga.
- Curación lenta de heridas.
- Sensación de cansancio

c. Cuidados de enfermería al paciente diabético:

Uno de los cuidados primordiales que brinda el personal de enfermería al paciente diabético es la educación diabetológica, fundamental para que el paciente reciba una asistencia de calidad y pueda emplear sus conocimientos en los cuidados diarios que requiera el individuo. (50)

Los cuidados que brinda enfermería a los pacientes diabéticos están basados en la prevención secundaria que incide en la modificación de los estilos de vida, en el control metabólico, optimo, en la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones propias de la enfermedad, así también en la prevención terciaria que está dirigida a pacientes con complicaciones crónicas para detener o retardar la progresión, mediante la rehabilitación física, psicológica y social. (50)

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

2.3.1. Diabetes

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. (49)

2.3.2. Calidad de vida

Es un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. (31)

2.3.3. Autocuidado

Es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia. (15)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo de tipo transversal y correlacional. Es descriptivo, porque busca especificar las propiedades importantes de personas o grupos tal como se encuentran sin intervenir en las variaciones que pudiera suceder, transversal, porque se aplica en un corte en el tiempo y se toma la información sin que el pasado y futuro tengan relevancia, solo el presente, correlacional, porque determina la relación que existe entre dos o más variables. (51)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

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

Muestra:

La selección de la muestra estuvo representada por 88 pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. (Ver Anexo N° 02)

Muestreo:

Se realizó el muestreo probabilístico, empleándose el método de aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes
- Pacientes que acuden al Programa de Diabetes
- Pacientes diabéticos de ambos géneros
- Pacientes diabéticos que acepten el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que no tengan el diagnóstico de diabetes
- Pacientes que se encuentren en el servicio de hospitalización
- Pacientes diabéticos que no firmen el consentimiento informado.

3.3. TÉCNICAS 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 utilizó es el cuestionario (Ver anexo N° 03) 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 de Tacna.

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve descripción de datos personales.
- Se considerara el orden en que se formulan las preguntas.

Comienza con preguntas de información general y luego la calidad de vida y autocuidado en el paciente diabético.

El instrumento que se utilizó consta de tres partes:

➤ CARACTERÍSTICAS 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.

- **CALIDAD DE VIDA**

Esta segunda sección del cuestionario recogió 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 Likert:

- **Satisfacción con el tratamiento:** Evalúa desde “muy satisfecho” (1 punto) a “muy insatisfecho” (5 puntos). Tiene 14 preguntas.
- **Impacto del tratamiento:** Valora de “nunca” (1 punto) a “todo el tiempo” (05 puntos). Cuenta con 20 preguntas.
- **Preocupación por aspectos sociales y vocacionales:** Mide de “no se aplica” (0 puntos) a “siempre” (5 puntos). Tiene 7 preguntas.
- **Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus:** Evalúa desde “no se aplica” (0

puntos) a “siempre” (5 puntos). Cuenta con 4 preguntas.

La determinación de los rangos de la escala de medición es el siguiente:

RANGO	NIVEL
De 169 a 230 puntos	Alto
De 108 a 168 puntos	Medio
De 46 a 107 puntos	Bajo

- **AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO**

Esta tercera sección del cuestionario recogió información sobre el autocuidado del paciente diabético, instrumento modificado de las autoras Arias Milagros y Ramírez Sandra adecuado con los requisitos de autocuidado de la teoría Dorothea Orem, que consta de 49 ítems con una escala 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:

- **Aire y agua y alimentación:** Tiene 14 preguntas

- **Eliminación** : Tiene 7 preguntas
- **Actividad y descanso** : Tiene 7 preguntas
- **Interacción social** : Tiene 7 preguntas
- **Prevención** : Tiene 14 preguntas

La determinación de los rangos de la escala de medición es el siguiente:

RANGO	NIVEL
De 115 a 147 puntos	Buena
De 82 a 114 puntos	Regular
De 49 a 81 puntos	Mala

VALIDEZ: Los instrumentos fueron sometidos a las propiedades psicométricas para la validez del constructo mediante los expertos y la prueba de las distancias múltiples, con la ecuación de distancia de puntos múltiples (prueba de DPP fue 1,90), se ubicó en la zona “B”, del cual se deduce su aceptabilidad. (Ver anexo N° 04)

PRUEBA PILOTO: Se aplicó el cuestionario a 15 diabéticos. El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y sobre todo el tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

CONFIABILIDAD: Con el cálculo del Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se obtuvieron valores de 0,889 en autocuidado y 0,874 en calidad de vida en los pacientes diabéticos, lo cual nos indica que el instrumento empleado posee un grado de confiabilidad aceptable. Para ambas variables de estudio dieron positivo para su aplicación en confiabilidad y validez. (Ver anexo N° 05)

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación de los instrumentos se solicitaron permisos, en primer lugar a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, y segundo al Dr. Augusto Antezana Román, médico responsable del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. (Ver anexo N°06)

Previas autorizaciones administrativas, se procedió a aplicar los cuestionarios con previo consentimiento informado de los pacientes diabéticos, en el ambiente del Programa de Diabetes. Se pidió sinceridad para las respuestas, garantizando la confidencialidad de los datos. La duración de la aplicación fue de aproximadamente 20-30 minutos.

3.5. 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 permiso validado.

Para el análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada) y para el análisis univariado de relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes diabéticos, se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0,05$.

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos. Cabe decir, que los gráficos fueron diseñados en el programa Excel de Microsoft Windows 2010.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación.

Se describe a continuación cada uno de las tablas que responden a los mismos.

TABLA N°01
CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICOS EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2016.

ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
Edad	De 30 a 39 años	5	5,70
	De 40 a 49 años	8	9,10
	De 50 a 59 años	26	29,50
	Más de 60 años	49	55,70
	TOTAL	88	100,00
Sexo	Masculino	31	35,20
	Femenino	57	64,80
	TOTAL	88	100,00
Estado civil	Soltero	9	10,20
	Casado	45	51,10
	Conviviente	25	28,40
	Divorciado	2	2,30
	Viudo	7	8,00
	TOTAL	88	100,00
Grado de instrucción	Primaria	42	47,70
	Secundaria	30	34,10
	Técnico universitario	4	4,50
	Superior	12	13,60
	TOTAL	88	100,00
Trabajo	Si	40	45,50
	No	48	54,50
	TOTAL	88	100,00

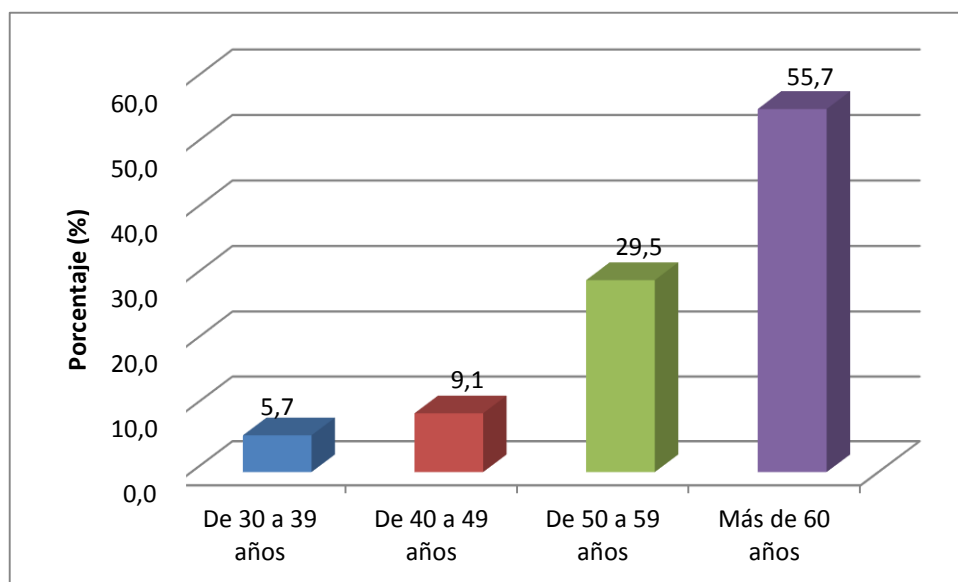
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°01 sobre las características biodemográficos, se observa que el 55,70% de pacientes diabéticos corresponde al grupo etáreo del adulto mayor, el 64,80% corresponde al sexo femenino a diferencia del sexo masculino con el 35,20%; el 51,10% son casados, el 47,70% tienen un nivel de instrucción primaria y el 54,50% no cuentan con un trabajo.

GRÁFICO N°01 (01)

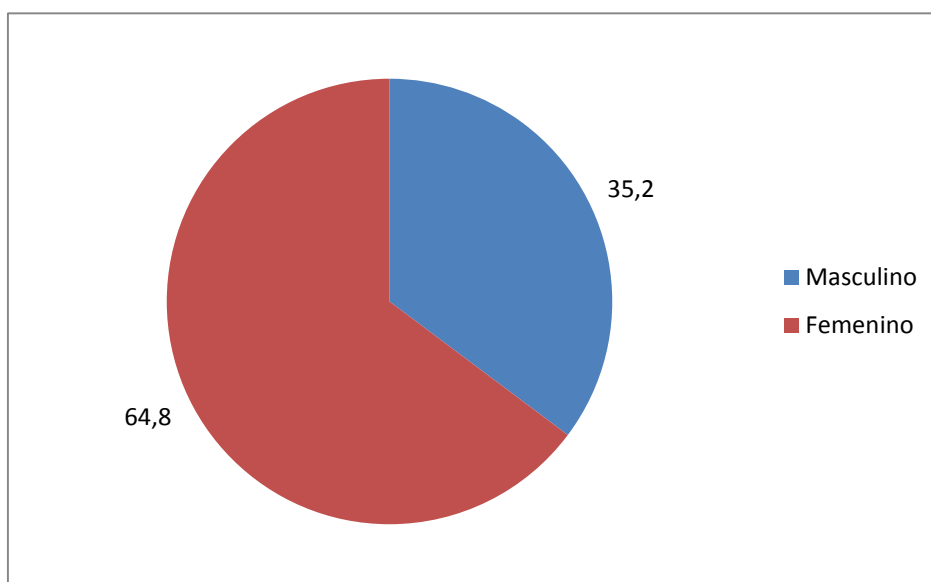
CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS: EDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°01

GRÁFICO N°01 (02)

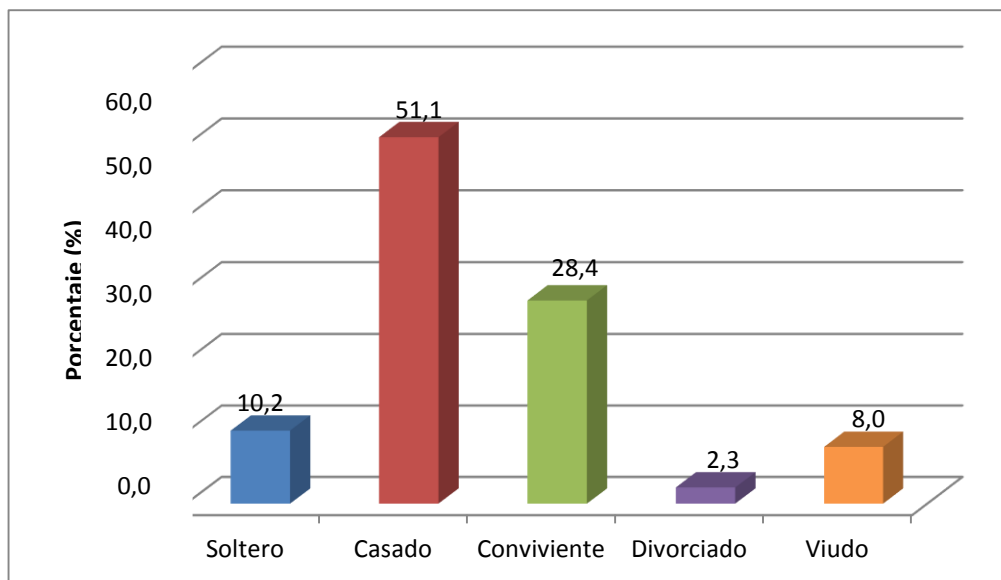
**CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS: SEXO DE LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°01

GRÁFICO N°01 (03)

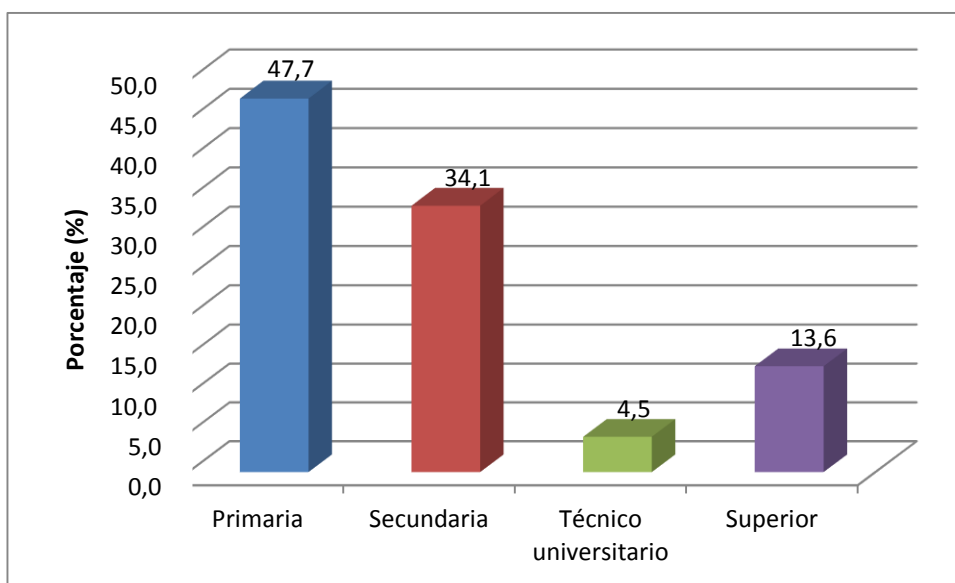
**CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°01

GRÁFICO N°01 (04)

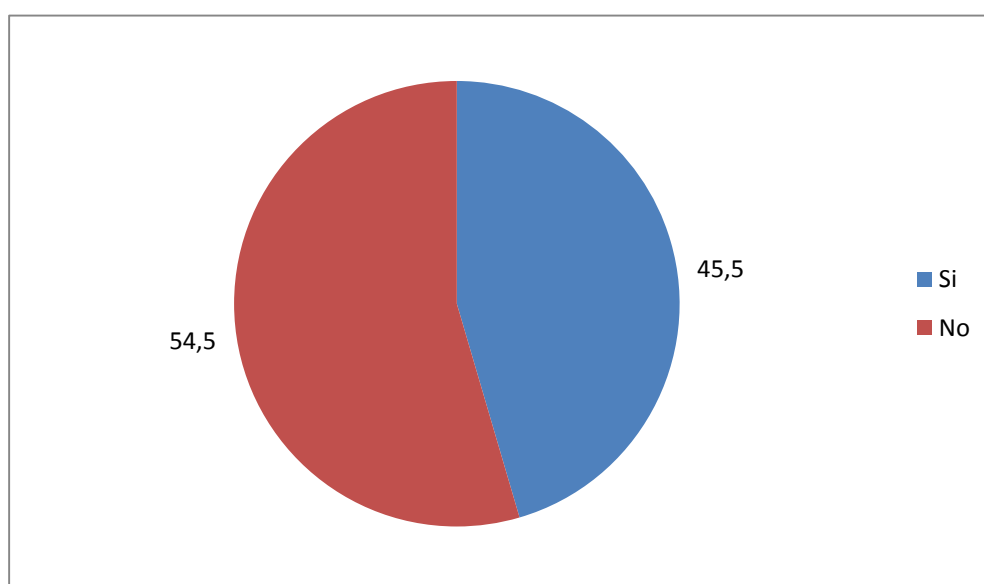
**CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS: GRADO DE LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°01

GRÁFICO N°01 (05)

**CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS: TRABAJO DE LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°01

TABLA N°02
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA
DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2016.

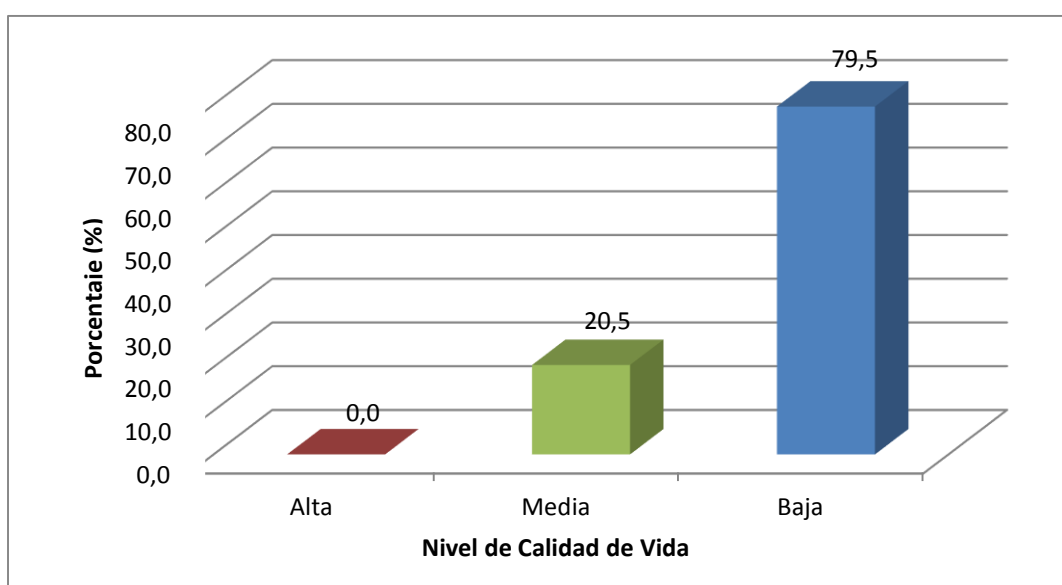
ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA	Alta	0	0,00
	Media	18	20,50
	Baja	70	79,50
	TOTAL	88	100,00

Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquía G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°02 sobre el nivel de la calidad de vida en los pacientes, se observa que el 79,50% presenta baja calidad de vida, el 20,50% presenta una media calidad de vida. No se han registrado pacientes con alta calidad de vida.

GRÁFICO N°02
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA
DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE -TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°02

TABLA N°03
DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE -TACNA, 2016.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	CATEGORÍA	N	%
Satisfacción con el tratamiento	Alta	0	0,00
	Media	57	64,80
	Baja	31	35,20
	TOTAL	88	100,00
Impacto del tratamiento	Alta	0	0,00
	Media	36	40,90
	Baja	52	59,10
	TOTAL	88	100,00
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	Alta	0	0,00
	Media	1	1,10
	Baja	87	98,90
	TOTAL	88	100,00
Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus	Alta	5	5,70
	Media	63	71,60
	Baja	20	22,70
	TOTAL	88	100,00

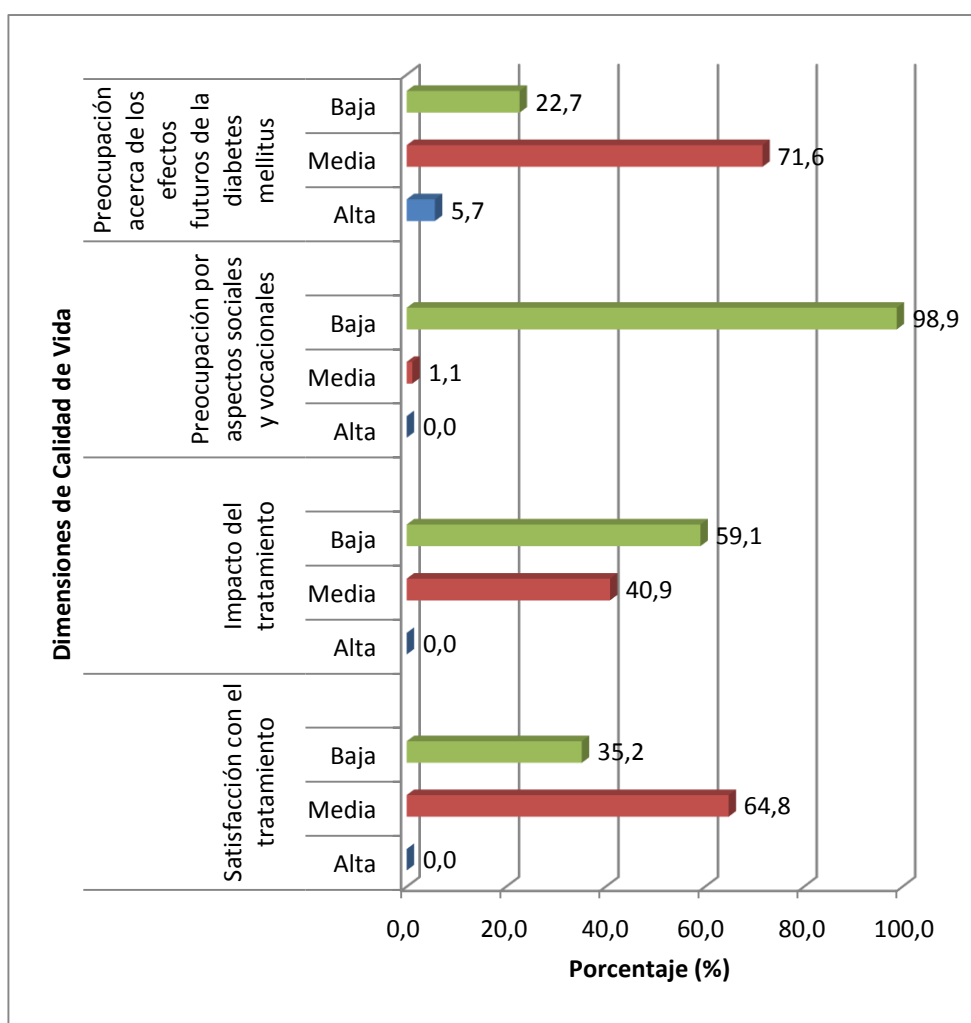
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°03 sobre las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes, se observa que la categoría media corresponde a preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus en un 71,60%, a satisfacción con el tratamiento en un 64,80%, y la categoría baja corresponde a preocupación por aspecto sociales y vocacionales en un 98,90%, y a impacto del tratamiento en un 59,10%.

GRÁFICO N°03

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°03

TABLA N°04
NIVEL DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA
DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE -TACNA, 2016.

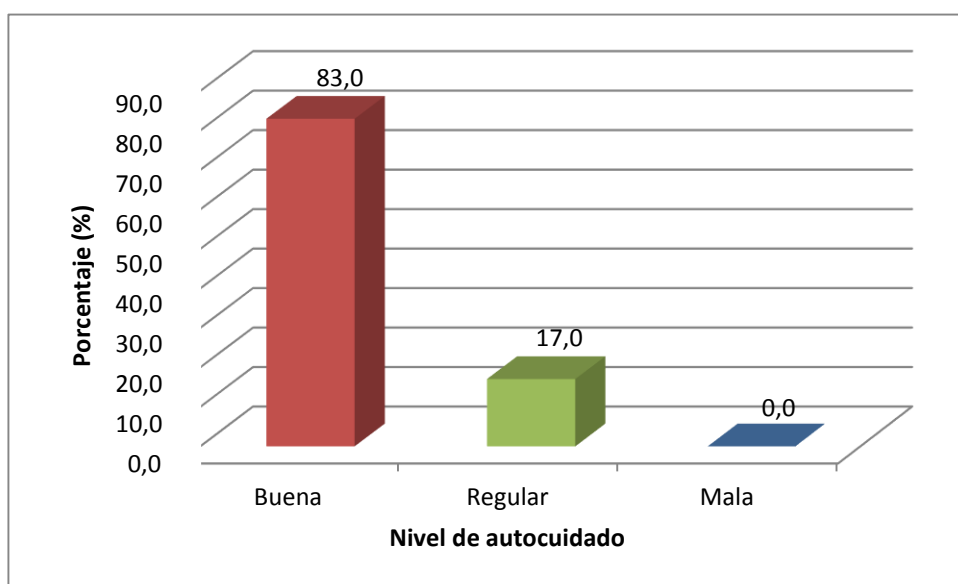
ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
NIVEL DE AUTOCUIDADO	Buena	73	83,00
	Regular	15	17,00
	Mala	0	0,00
	TOTAL	88	100,00

Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°04 sobre el nivel de autocuidado en los pacientes, se observa que el 83,00% presenta un buen autocuidado, y el 17,00% presenta un regular autocuidado. No se ha registrado un mal nivel de autocuidado.

GRÁFICO N°04
NIVEL DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA
DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°04

TABLA N°05
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE -TACNA, 2016.

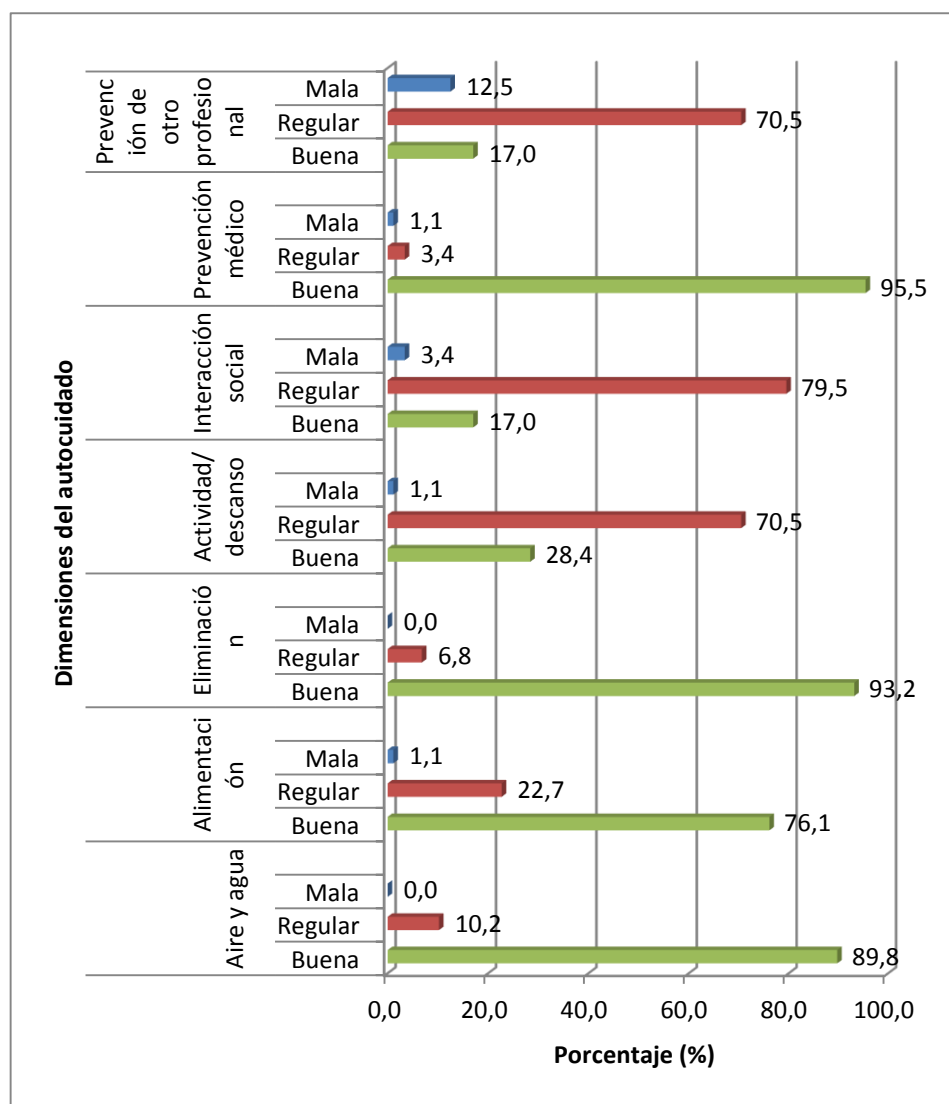
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO	CATEGORÍA	N	%
Aire y agua	Buena	79	89,80
	Regular	9	10,20
	Mala	0	0,00
	TOTAL	88	100,00
Alimentación	Buena	67	76,10
	Regular	20	22,70
	Mala	1	1,10
	TOTAL	88	100,00
Eliminación	Buena	82	93,20
	Regular	6	6,80
	Mala	0	0,00
	TOTAL	88	100,00
Actividad/ descanso	Buena	25	28,40
	Regular	62	70,50
	Mala	1	1,10
	TOTAL	88	100,00
Interacción social	Buena	15	17,00
	Regular	70	79,50
	Mala	3	3,40
	TOTAL	88	100,00
Prevención médico	Buena	84	95,50
	Regular	3	3,40
	Mala	1	1,10
	TOTAL	88	100,00
Prevención de otros profesionales	Buena	15	17,00
	Regular	62	70,50
	Mala	11	12,50
	TOTAL	88	100,00

Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquía G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°05 sobre las dimensiones del autocuidado en los pacientes, se observa que la categoría buena corresponde a prevención médico en un 95,50%, a eliminación en un 93,20%, al aire y agua en un 89,80%, a la alimentación en un 76,10% y la categoría regular corresponde a la interacción social en un 79,50%, actividad y descanso en un 70,50% y a prevención de otros profesionales en un 70,50%.

GRÁFICO N°05
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°05

TABLA N°06
CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO EN LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -TACNA, 2016.

AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA						Total	
	Alta		Media		Baja			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Buena	0	0,00	15	17,00	58	65,90	73	83,00
Regular	0	0,00	3	3,40	12	13,60	15	17,00
Mala	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Prueba Chi-cuadrado: $X^2 = 7,38$; G.L.=1; $p=0,002 < 0,05$ Si hay relación								

Prueba Chi-cuadrado: $X^2 = 7,38$; G.L.=1; $p=0,002 < 0,05$ Si hay relación

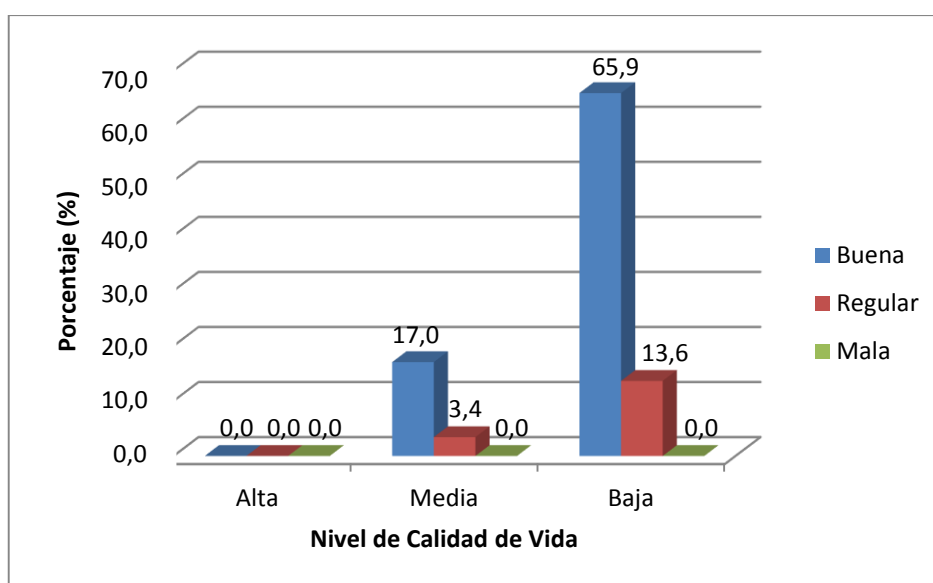
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquía G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°06 sobre la calidad de vida relacionado al autocuidado en los pacientes, se observa que el 83,00% de los pacientes presentan un buen autocuidado, en un 65,90% baja calidad de vida y en un 17,00% media calidad de vida, y el 17,00% de los pacientes presentan un regular autocuidado, en un 13,60% baja calidad de vida, y un 3,40% una media calidad de vida. Encontrando relación altamente significativa $p < 0,05$.

GRÁFICO N°06

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO EN LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°06

TABLA N°07

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL

AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA

DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE - TACNA, 2016.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA		AUTOCUIDADO						Total	
		Buena		Regular		Mala			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Satisfacción con el tratamiento	Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Media	44	50,00	13	14,77	0	0,00	57	64,77
	Baja	29	32,95	2	2,27	0	0,00	31	35,23
	Total	73	82,95	15	17,05	0	0,00	88	100,00
Impacto del tratamiento	Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Media	29	32,95	7	7,95	0	0,00	36	40,91
	Baja	44	50,00	8	9,09	0	0,00	52	59,09
	Total	73	82,95	15	17,05	0	0,00	88	100,00
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	Alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Media	1	1,14	0	0,00	0	0,00	1	1,14
	Baja	72	81,82	15	17,05	0	0,00	87	98,86
	Total	73	82,95	15	17,05	0	0,00	88	100,00
Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus	Alta	3	3,41	2	2,27	0	0,00	5	5,68
	Media	54	61,36	9	10,23	0	0,00	63	71,59
	Baja	16	18,18	4	4,55	0	0,00	20	22,73
	Total	73	82,95	15	17,05	0	0,00	88	100,00

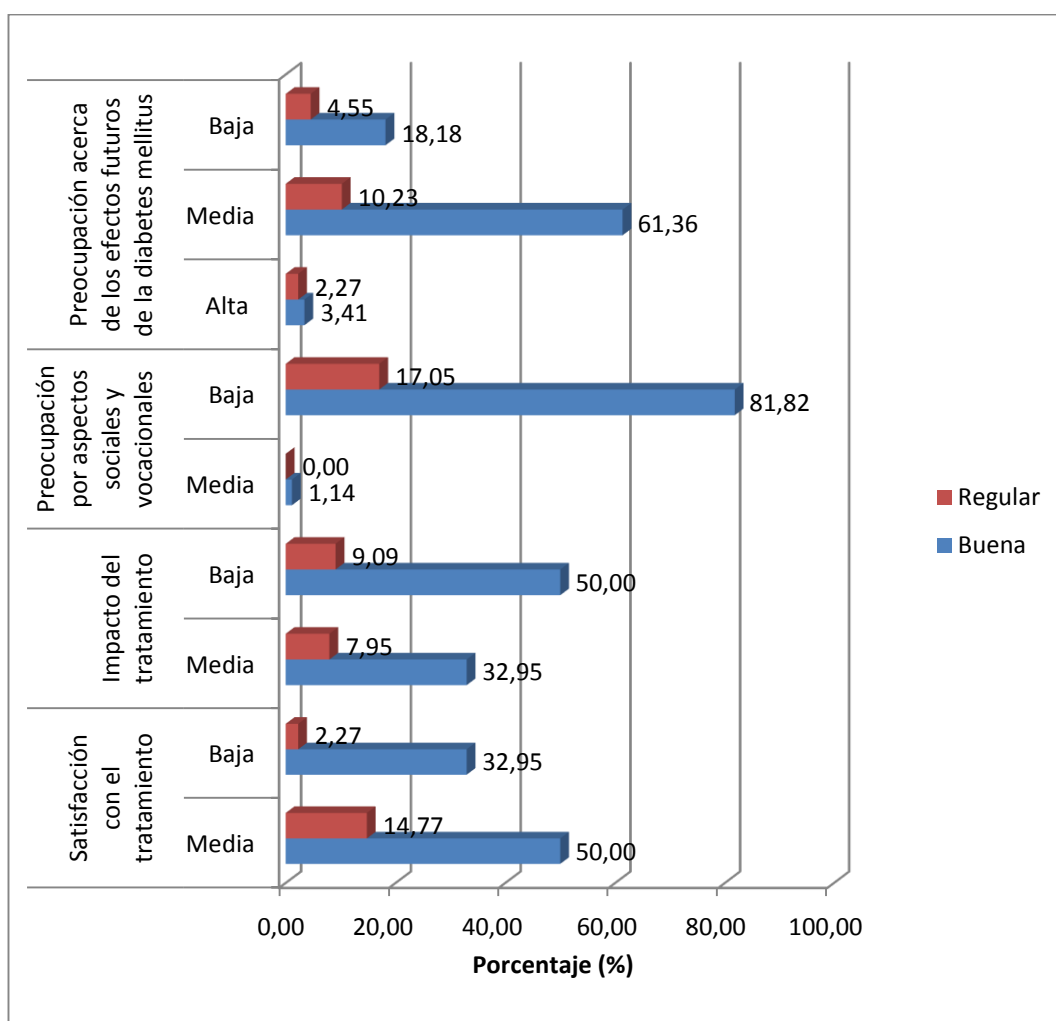
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquía G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°07 sobre las dimensiones de la calidad de vida relacionado al autocuidado en los pacientes, se observa que el 64,77% presenta media la satisfacción con el tratamiento con un 50,00% de buen autocuidado, el 59,09% tiene bajo impacto al tratamiento con un 50,00% de buen autocuidado, el 98,86% tiene baja preocupación por aspectos sociales y vocacionales con un 81,82% de buen autocuidado y el 71,59% tiene media preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes con un 61,36% de buen autocuidado.

GRÁFICO N°07

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°07

4.2. DISCUSIÓN:

En la tabla N°01 sobre las características biodemográficos, se observa que el 55,70% de pacientes diabéticos corresponde al grupo etáreo del adulto mayor, el 64,80% corresponde al sexo femenino a diferencia del sexo masculino con el 35,20%; el 51,10% son casados, el 47,70% tienen un nivel de instrucción primaria y el 54,50% no cuentan con un trabajo.

Concuerda con Portilla L. (Lima, 2011). En su estudio “Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento”. Encontró que el 52,00% son adultos mayores, el 79,00% son del sexo femenino, y el 66,00% son casados.

Como también, concuerda con Haya K. y colaboradores (Perú, 2012). En su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Hospital Essalud- II Tarapoto. Junio-Agosto 2012”, encontró que la mayoría son adultos mayores, el 60,80% son de sexo femenino, y el 79,00% son casados.

A su vez, concuerda con Arias M, y colaboradores (Perú, 2013) en su estudio “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de

Pachacamac”, encontró que el 60,40% son adultos mayores, el 60,40% son del sexo femenino, y el 47,90% tienen un nivel de instrucción primaria.

Este resultado se discrepa con Haya K. y colaboradores (Perú, 2012). En su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Hospital Essalud- II Tarapoto. Junio-Agosto 2012”, encontró que el 52,70% cuenta con estudios superiores.

A su vez, discrepa con Loredó M., y sus colaboradores (México, 2016) en su estudio “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor”, encontró que el 32,80% tiene un nivel de primaria incompleta.

Como también, discrepa con Olazo F. (Perú, 2015). En su estudio de investigación “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015”, encontró que de los adultos mayores el 52,00% son de sexo masculino, y el 51,70% cuenta con estudios superiores.

Por lo tanto se puede concluir, que al ser adultos mayores ya se encuentran casados, los cuales cuentan con un nivel de instrucción primaria y en su gran mayoría son de sexo femenino, no cuentan con trabajo sino que se dedican a estar en casa, siendo su único ingreso la pensión en su mayoría.

En la tabla N°02 sobre el nivel de la calidad de vida en los pacientes, se observó que el 79,50% presenta baja calidad de vida, el 20,50% presenta una media calidad de vida. No se han registrado pacientes con alta calidad de vida.

Lo anterior concuerda con Gómez D. (México, 2014). En su estudio “Autocuidado y Calidad de Vida en personas con hemodiálisis”. Encontró que la calidad de vida es baja.

Del resultado se deduce, que la percepción de la persona sobre su estado de salud es muy importante en este grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis, enfermedad renal crónica, ya que está relacionado con su calidad de vida.

Este resultado se discrepa con Lugo G. (México, 2010). En su estudio “Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2”. Encontró buena la calidad de vida en un 75,00% y mala calidad de vida en un 25,00%.

Estos resultados nos permiten deducir, que la edad es un factor fuertemente asociado al deterioro del estado de salud y de la calidad de vida, de ahí que es posible relacionar que los pacientes estén más atentos a las citas con su médico para la vigilancia, logrando una alta calidad de vida.

A su vez, Orizaga J. (México, 2013). En su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel atención del IMSS- Querétaro” encontró que el 68,80% tiene regular calidad de vida.

De los resultados se deduce que los pacientes tienen regular calidad de vida, ya que los pacientes tienen otra enfermedad agregada, siendo la hipertensión e hipercolesterolemia las cuales repercute en la calidad de vida.

Como también, Bautista L. y colaboradores (Colombia, 2014). En su estudio “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2”, reportó que el 62,30% tenía una calidad de vida media.

Estos resultados nos permiten deducir que la calidad de vida es media, porque resulta de la interacción de varios

factores, entre ellos la adherencia al tratamiento, el apoyo social recibido y percibido y la percepción personal que tenga el paciente según el contexto cultural.

En cambio, Haya K. y colaboradores (Perú, 2012). En su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Hospital Essalud- II Tarapoto. Junio-Agosto 2012”. Reportó que el 66,20% presenta alta calidad de vida y el 33,80% regular calidad de vida.

De los resultados se deduce que tienen alta calidad de vida, debido a que los pacientes encuestados tienen un mejor conocimiento acerca de su enfermedad debido a la efectividad del programa de diabetes.

Por lo tanto se puede concluir, que la calidad de vida es baja, por la interacción de multifactores, sea la percepción, etapa de vida, apoyo social entre otros. Siendo importante la educación y el manejo de la enfermedad, que se le dé al paciente.

En la tabla N°03 sobre las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes, se observó que la categoría media corresponde a preocupación acerca de los efectos futuros de la

diabetes mellitus en un 71,60%, a satisfacción con el tratamiento en un 64,80%, y la categoría baja corresponde a preocupación por aspectos sociales y vocacionales en un 98,90%, y a impacto del tratamiento en un 59,10%.

Lo anterior concuerda con Haya K. y colaboradores (Perú, 2012). En su trabajo de investigación “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Hospital EsSalud- II Tarapoto. Junio-Agosto 2012”. Reportó que el impacto de la enfermedad se encuentra bajo en un 81,10%, y preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus se encuentra regular en un 75,70%.

Estos resultados muestran que los efectos futuros de la enfermedad preocupan debido a la incapacidad y/o complicaciones que este puede generar en la calidad de vida del paciente diabético, dando un mayor realce e impacto a la enfermedad.

Discrepa, con Bautista L. y colaboradores (Colombia, 2014). En su estudio “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2”, determinó que a los pacientes se preocupan por los efectos futuros de la diabetes mellitus en un 45,29%, el

impacto del tratamiento en un 14,28%, satisfacción del tratamiento en un 11,49% y la preocupación por aspectos sociales en un 10,0%.

De los resultados se deduce que el contar con el apoyo de una pareja es un factor importante, porque influye directamente en la calidad de vida del paciente, pues observó mayor puntuación promedio en pacientes sin pareja, que en aquellos con una relación estable. Se deduce que al tener pareja genera conflictos, inestabilidad emocional; repercutiendo en su salud, ya que el impacto del diagnóstico es fuerte, por considerarse la diabetes una enfermedad crónica, llevadera para toda su vida, surgiendo preocupaciones tanto física, mental y social.

Como también, Romero C. (Perú, 2015). En su estudio “Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2” encontró que la función social es alta en un 75,90%.

Se deduce que los pacientes diabéticos no presentan complicaciones ocasionadas por la misma enfermedad, lo que

da a lugar a un desarrollo de sus actividades con normalidad, participando socialmente.

Por lo tanto se puede concluir, que es media la preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus y satisfacción del tratamiento, ya que los pacientes tienen un control de su enfermedad mensual y/o semanal según lo requiera, dando a conocer al personal de salud, de sus necesidades que tuviera. Es baja la preocupación por aspectos sociales y vocacionales e impacto del tratamiento, porque la mayoría de los pacientes cuenta con un familiar o amigo, que hace más duradero y significativo, el curso de la enfermedad, influyendo positivamente en la conducta terapéutica.

En la tabla N°04 sobre el nivel de autocuidado en los pacientes, se observó que el 83,00% presenta un buen autocuidado, y el 17,00% presenta un regular autocuidado. No se ha registrado un mal nivel de autocuidado.

Lo anterior concuerda con Gómez M. y colaboradores (Colombia, 2014) en su estudio “Agencia de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Cartagena. 2014”,

determinó que el 96,30% presentan un muy buen autocuidado y un 3,70% presentan un buen autocuidado.

De los resultados se deduce que el muy buen autocuidado, se debe a que los pacientes son responsables en el control de su patología procurando mantener una alimentación balanceada, buen estado de salud físico y emocional. A pesar del buen autocuidado, se debe tener en cuenta que la capacidad de agencia de autocuidado debe ser constantemente evaluada por los altos índices de complicaciones en los pacientes diabéticos, los cuales ocurren muchas veces por la ausencia de las prácticas de autocuidado.

Los pacientes diabéticos con el rango de edad de 50-59 años muestran significancia estadística en la capacidad de autocuidado y control. Por lo tanto, la edad es un factor determinante en la aplicación de prácticas de autocuidado y mejor control de la enfermedad.

Como también, concuerda con Cadena C. y colaboradores (México, 2010) en su investigación titulada "Capacidades de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2"

encontró que el 67,00% presentan un buen autocuidado y un 33,00% presentan un muy buen autocuidado.

Estos resultados nos permite deducir que el buen autocuidado, se debe a las conocimientos impartidos por el personal de salud acerca de las actividades que deben realizar para su autocuidado, sin embargo, se pudo identificar que algunas personas no realizan las actividades de autocuidado, debido a la falta de recursos económicos lo que les impide en parte llevar a cabo su autocuidado.

Este resultado se discrepa con Arias M, y colaboradores (Perú, 2013) en su estudio “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac”, encontró que el 52,10% presenta un autocuidado regular, 31,20% presenta un buen autocuidado y 16,70% presenta un autocuidado deficiente.

Estos resultados nos permite deducir que el autocuidado regular, se debe a que los pacientes presentan un autocuidado bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.

A su vez, discrepa con Romero I, y colaboradores (México, 2010) en su estudio “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México”, encontró que el 66,50% presenta un regular de autocuidado y el 33,50% presenta una buen autocuidado.

De los resultados se deduce que el regular autocuidado, se debe a que las personas se encuentran en promedio de edad de 60 años, los cuales presentan exigencias de autocuidado como el apoyo y un acompañamiento cercano de los familiares, debido a que la persona con diabetes puede presentar alguna incapacidad y/o limitación, requiere la presencia de la familia y del profesional como un pilar fundamental para estimular su motivación y ayudar a desarrollar habilidades para el autocuidado.

Por lo tanto se puede concluir, que el buen autocuidado de los pacientes indica que adoptan comportamientos de autocuidado, introduciendo cambios en los estilos de vida los cuales deben ser compatibles con su propio concepto de calidad de vida; los pacientes son responsables en el control de su patología procurando mantener una alimentación balanceada, y un buen estado de salud físico y emocional.

En la tabla N°05 sobre las dimensiones del autocuidado en los pacientes, se observó que la categoría buena corresponde a prevención médico en un 95,50%, a eliminación en un 93,20%, al aire y agua en un 89,80%, a la alimentación en un 76,10% y la categoría regular corresponde a la interacción social en un 79,50%, actividad y reposo en un 70,50% y a prevención de otros profesionales en un 70,50%.

Lo anterior concuerda con Arias M, y colaboradores (Perú, 2013) en su estudio “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac”, encontró que la categoría regular corresponde a ejercicios en un 52,10% (actividad y reposo), cuidados de los pies en un 68,80% y control oftalmológico en un 50,0% (prevención de otros profesionales).

De los resultados se deduce que el regular ejercicio se debe a que si bien los adultos mayores conocen la importancia de los ejercicios, descuidan esta actividad porque realizan otras actividades como el trabajo, también por presentar dolencias osteomusculares. El regular cuidado de los pies, se debe al control y prevención del pie diabético, ya que algunos pacientes asisten al podólogo y otros piden ayuda a sus familiares. Pero

no realizan otras medidas preventivas como el uso adecuado de zapatos y medias, o revisión periódica de los pies, para evitar complicaciones del pie diabético.

El control oftalmológico resultó en nivel regular debido a que los adultos mayores no siguen las medidas preventivas como el examen de ojos, evidenciándose la falta de educación en esta área ya que con el tiempo la diabetes descontrolada lleva a complicaciones importantes como problemas visuales (catarata, alteraciones de la retina y ceguera).

Como también, concuerda con Cadena C. y colaboradores (México, 2010) en su investigación titulada “Capacidades de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2” encontró que el 67,00% presenta una buena alimentación.

Estos resultados nos permite deducir que la buena alimentación, se debe a que cada individuo recibe instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos. Muchos pacientes cumplen con el régimen

alimenticio ya sea por conocimiento propio o por la ayuda de los familiares.

A su vez, concuerda con Jadán M., (Ecuador, 2012) en su investigación titulada “Prácticas de Autocuidado y su relación con Complicaciones frecuentes en pacientes diabéticos del Club “Amigos Dulces” Del Hospital Isidro Ayora, Periodo Junio- Noviembre Del 2011” encontró que el 68,20% presenta un buen control médico (prevención medico).

De los resultados se deduce que el buen control médico se debe a que los pacientes acuden frecuentemente a sus controles médicos, cumplen con el horario y dosis del tratamiento farmacológico. El control médico en los diabéticos es fundamental pues ayuda instaurar una dieta adecuada, un tratamiento farmacológico acorde a las necesidades del paciente, etc. El cumplimiento del tratamiento farmacológico conjuntamente con otras modalidades terapéuticas, como la dieta y el ejercicio, son sumamente importantes para obtener resultados positivos en el tratamiento del paciente diabético.

Este resultado se discrepa con Arias M, y colaboradores (Perú, 2013) en su estudio “Apoyo familiar y prácticas de

autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac “, encontró que la categoría regular corresponde a control médico en un 77,10%, y a la alimentación en un 60,40%.

Estos resultados nos permite deducir que el regular control médico se debe a que los pacientes deben realizarse una valoración de los objetivos de control del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso, para cumplir con las indicaciones médicas. Con respecto a la alimentación resultó en un nivel regular ya que el plan de alimentación del paciente diabético debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente, enfocándose en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente.

A su vez, se discrepa con Cadena C. y colaboradores (México, 2010) en su investigación titulada “Capacidades de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2” encontró que la categoría buena corresponde a actividad y descanso en un 69,00%, interacción social en un 50,00% y en la categoría muy buena se encuentra prevención de otros profesionales con un 52,00%.

De los resultados se deduce que la buena actividad y descanso, interacción social y prevención de otros profesionales se debe a la integración de los pacientes a un club en el cual realizan ejercicios y reciben asesoría para su autocuidado.

Discrepa con Jadán M., (Ecuador, 2012) en su investigación titulada “Prácticas de Autocuidado y su relación con Complicaciones frecuentes en pacientes diabéticos del Club “Amigos Dulces” Del Hospital Isidro Ayora, Periodo Junio- Noviembre Del 2011” encontró que el 57,00% presenta un buen cuidado de los pies (prevención de otros profesionales) y el 55,00% presenta una regular alimentación.

Estos resultados no permite deducir que la regular alimentación se debe a la dieta desequilibrada, el cual es un factor predisponente a la aparición de complicaciones de la enfermedad ya que cuando la alimentación es equilibrada se puede controlar los síntomas y consecuencias de la enfermedad, porque contribuye a mantener los niveles de glucosa de la sangre en niveles normales; que la mayoría presente un buen cuidado de los pies se debe a que los pacientes se realizan un autoexamen de los pies por ser fundamental ya que permite detectar alguna alteración en sus pies (ulceras, lesiones, etc.)

dando la oportunidad de que acudan al médico y reciban un tratamiento adecuado evitando que éstos se infecten y la posterior amputación.

También se discrepa con Recinos M.,(Guatemala,2013) en su investigación titulada “Agencia de Autocuidado del Paciente con Diabetes Mellitus Hospitalizados en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional de Occidente Quetzaltenango, Guatemala” encontró que el 67,00% presenta un buen cuidado de los pies (prevención de otros profesionales).

De los resultados se deduce que el buen cuidado de los pies se debe a que tanto mujeres como hombres se cuidan los pies. La aparición de úlceras y pie diabético afectan a un gran número de pacientes que padecen la enfermedad, sin embargo para el grupo el control y cuidado de los pies representa un disminución del riesgo de sufrir alguna de las alteraciones citadas.

Por lo tanto se puede concluir, que el buen autocuidado en las dimensiones: prevención médica, eliminación, aire y agua, alimentación se debe a que los pacientes asisten a sus controles médicos y reciben un tratamiento adecuado en base a

sus necesidades. El cumplimiento del tratamiento farmacológico, la alimentación equilibrada, contribuye en mantener los niveles de glucosa. El regular autocuidado en las dimensiones de :interacción social ,actividad y descanso, prevención de otros profesionales, se debe a que los pacientes descansan de 5-6 horas diarias ,realizan un ejercicio regular, no realizan un autoexamen de los pies ;los pacientes necesitan ser incluidos en la sociedad, tener una mayor interacción social con amistades, compañeros, contar con un apoyo familiar .

En la tabla N°06 sobre la relación de calidad de vida y autocuidado en los pacientes, se observó que el 83,00% de los pacientes presentan un buen autocuidado, en un 65,90% baja calidad de vida y en un 17,00% media calidad de vida, y el 17,00% de los pacientes presentan un regular autocuidado, en un 13,60% baja calidad de vida, y un 3,40% una media calidad de vida.

Lo anterior concuerda con Gómez D., (México, 2014) en su estudio “Autocuidado y Calidad de Vida en personas con Hemodiálisis”, determinó que el 98,10% presentan una baja calidad de vida y el 1,90% una buena calidad de vida.

De los resultados se deduce que la baja calidad de vida se debe a que los participantes presentaron bajos puntajes en la percepción de su calidad de vida incluyendo las dimensiones: física y de síntomas de la enfermedad, ya que la percepción que la persona tenga sobre su estado de salud es muy importante en este grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis, debido a su complejidad, a la restricción que implica cambios profundos en sus estilos de vida, repercutiendo en la realización de actividades de la vida cotidiana y a largo plazo su calidad de vida.

Como también, concuerda con Loredó M., y sus colaboradores (México, 2016) en su estudio "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor" determinó que el 76,60% presenta un muy buen autocuidado, el 22,40% presenta un buen autocuidado, y el 1,0% presenta un regular autocuidado, a su vez que el 56,00% presenta una baja calidad de vida, y el 44,00% presenta una alta calidad de vida.

Se deduce que el muy buen autocuidado, se debe a que la gran mayoría de los adultos mayores entre 60 y 70 años eran independientes para realizar las actividades de la vida diaria, capaces de desplazarse y cuidar su salud, poseen información

sobre hábitos o conductas que les favorecen, reconocen sus capacidades y las limitaciones propias de su edad. En este sentido, el hecho de que los participantes hayan sido habientes a una institución de salud muestra los beneficios de contar con servicios que garanticen el acceso a información valiosa sobre prácticas saludables, monitorización médica, educación de enfermería, orientación en el cuidado.

A su vez que la baja calidad de vida, se debe al poco fomento en el adulto mayor, sobre las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso. Ya que si bien los resultados, muestran que el adulto mayor tiene un buen nivel de independencia, refleja que es necesario asegurar la protección de ellos, sobre todo porque esta etapa de la vida los hace susceptible de perder, ante cualquier cambio sus hábitos y actividades cotidianas.

A su vez concuerda con Olazo F.,(Peru,2015) en su estudio “Capacidad De Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015” determinó que el 45,00% presenta baja calidad de vida.

De estos resultados se deduce que la tendencia a un nivel bajo de calidad de vida en los pacientes geriátricos, se debe a las características propias de su edad que limitan la forma de enfrentar y percibir las situaciones de su entorno que afectan su calidad de vida, incluye los aspectos sociales donde se considera la situación socioeconómica, la educación y seguridad familiar y social alcanzada y los factores personales, que abarcan el valor y el bienestar personal. Así mismo que los factores negativos: tensiones, inactividad, marginación, rechazo, problemas económicos, y el estrés, afectan la calidad de vida.

Este resultado se discrepa con Gómez D., (México, 2014) en su estudio “Autocuidado y Calidad de Vida en personas con Hemodiálisis”, determinó que el 74,00% presenta un menor nivel autocuidado y el 25,00% presenta un mayor nivel de autocuidado.

Estos resultados nos permiten deducir que el menor nivel autocuidado, se debe a que se encontró que la mayoría son adultos con edad promedio de 50 años, educación básica, presentan un conocimiento bajo en relación a la dimensión de conocimiento de la Insuficiencia Renal Crónica, tratamiento de hemodiálisis, los conocimientos que la persona tenga sobre la

enfermedad y tratamiento son primordiales para que la persona mejore sus acciones de autocuidado. En este estudio se confirma lo que refiere la teoría de Orem de que los factores condicionantes básicos como la edad y la educación influyen en las capacidades de autocuidado.

A su vez Olazo F.,(Perú,2015) en su estudio “ Capacidad De Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015” determinó que el 90,90% presenta un regular autocuidado y el 9,10% presenta un buen autocuidado.

Se deduce que el regular autocuidado se debe a que, el grupo de estudio fue de adultos mayores los cuales presentan una disminución de sus facultades y capacidades, que se ven reflejadas en las limitaciones de las áreas físicas, emocionales e intelectuales disminuyendo su capacidad de autocuidado . Esta afirmación es reforzada por Burke (1998), quien sostiene que los cambios que se producen en el proceso del envejecimiento y que generalmente van acompañados de desaliento y depresión por la falta de logros, contribuyen al aumento de la incapacidad para realizar actividades propias de su cuidado.

Por lo tanto se puede concluir que, existe relación significativa encontrada entre el autocuidado y la calidad de vida en salud en los pacientes ya que el porcentaje alto de autocuidado refleja el sentido de responsabilidad desarrollado para cuidar su salud a pesar del cambio de conductas y actitudes que acompañan al envejecimiento; identifican los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, se enfrentan a la enfermedad, no solamente para prolongar la vida, sino también para aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital.

Los daños causados por la enfermedad, se convierten en limitantes para que la persona pueda ejercer su autocuidado de manera eficiente en la edad avanzada. Por ello es importante que fomentemos el autocuidado a través de la educación para que los adultos mayores disfruten su etapa de vida con calidad, brindando una atención integral, educando y cuidando con delicadeza, paciencia y sencillez, considerando qué acciones de autocuidado ayudarán a conservar la salud y la vida, para recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias, capacitando a la persona para que actúe a un nivel óptimo dentro de los límites de la discapacidad o enfermedad,

ayudándolo a conservar buena salud, independencia y a vivir tan saludable como sea posible.

En la tabla N°07 sobre las dimensiones de la calidad de vida relacionado al autocuidado en los pacientes, se observa que el 64,77% presenta media la satisfacción con el tratamiento con un 50,00% de buen autocuidado, el 59,09% tiene bajo impacto al tratamiento con un 50,00% de buen autocuidado, el 98,86% tiene baja preocupación por aspectos sociales y vocacionales con un 81,82% de buen autocuidado y el 71,59% tiene media preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes con un 61,36% de buen autocuidado.

Este resultado discrepa con Olazo F. (Perú, 2015). En su estudio de investigación “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015”, ya que determino el 22,90% tiene satisfacción con el tratamiento, teniendo alto autocuidado, el 24,90% tiene impacto del tratamiento con un medio autocuidado, el 20,90% tiene

preocupación por lo social con un medio autocuidado, y el 31,30% tiene preocupación de efectos futuros con un medio autocuidado.

De estos resultados se puede deducir, que como el estudio es trabajado con el 90,90% de adultos mayores, surge la dependencia de la otra persona, de un cuidador, para el cumplimiento de sus necesidades básicas; ya sea por la disminución de sus facultades y/o capacidades, lo que va a repercutir en su tratamiento y en la baja preocupación de su autocuidado y efectos futuros, ya que cuenta con una persona que va a estar al pendiente del paciente.

Se puede concluir que al tener buen autocuidado, hay mayor satisfacción e impacto con el tratamiento, lográndose que sea baja la preocupación de los efectos sociales y efectos futuros de la enfermedad, lo que va a permitir que el profesional de enfermería planifique sus intervenciones en los diferentes grupos etarios, a través de programas y estrategias preventivas y recuperativas, lográndose así la capacidad para cuidar de si mismos, siendo viable el cuidado y la capacidad de respuesta ante el problema.

CONCLUSIONES

- ♣ La mayoría de los pacientes presentan un bajo nivel en calidad de vida (79,5%), mientras que por dimensiones en satisfacción con el tratamiento (64,8%) y preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus (71,6%) presentan una media calidad de vida, y en las dimensiones de impacto del tratamiento (59,1%) y preocupación por aspectos sociales y vocacionales (98,9%) presentan una baja calidad de vida.
- ♣ La mayoría de los pacientes presentan un buen autocuidado (83,0%), mientras que por dimensiones en actividad y descanso (70,5%), interacción social (79,5%), prevención de otros profesionales (70,5%) presentan un regular autocuidado, y en las dimensiones de aire y agua (89,8%), alimentación (76,1%), eliminación (93,2%) y prevención médico (95,5%) presentan un buen autocuidado.
- ♣ La mayoría de los pacientes presentan un buen autocuidado (83,0%) y una baja calidad de vida (65,9%), mientras que por dimensiones satisfacción con el tratamiento (64,77%) y

preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus (71,59%) presentan una media calidad de vida con un buen autocuidado, y en las dimensiones de impacto del tratamiento (59,09%) y preocupación por aspectos sociales y vocacionales (98,86%) presentan una baja calidad de vida con un buen autocuidado.

RECOMENDACIONES

- ♣ Brindar información sobre este trabajo de investigación a las instituciones asistenciales en el área de salud, para que se creen programas de evaluación; asimismo el profesional se capacite de forma constante para brindar una educación integral, dirigido al paciente diabético, donde se incluyan las variables de autocuidado y calidad de vida, desde un enfoque integral.
- ♣ El profesional de enfermería, responsable de los pacientes diabéticos, debe de trabajar con un enfoque integral, tomando en cuenta que la diabetes no es una enfermedad física únicamente, sino que en ella influyen factores psicológicos, sociales, culturales, que determinarán la participación activa del paciente y su familia en el tratamiento y sus complicaciones, siendo importante retomar acciones para lograr una adecuada calidad de vida.
- ♣ El profesional de enfermería debe fomentar las prácticas de autocuidado, logrando la participación de ellos en programas educativos teniendo como metodología los talleres, para aumentar los niveles de conocimientos y mejorar las prácticas de autocuidado, introduciendo así cambios en el estilo de vida de los pacientes, haciéndolos responsables de su control médico, ejercicio, alimentación balanceada, para un buen estado de salud físico y emocional, y evitar las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. 2010.
2. OMS [sede Web]. Suiza: OMS; 2012 [actualizado septiembre de 2012]. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
3. OMS. Día Mundial de la Salud 2016: diabetes [Citado 2016, Abril 7]. Disponible en :<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/es/>
4. CANEPA J., GARCIA M., TEJADA H., MALDONADO M., SÁNCHEZ H. Análisis de Situación de Salud Tacna 2014. Disponible en : http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASISTACNA_v02_2014.pdf
5. SEGUNDO SECLÉN. 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>
6. DIARIO CORREO. TACNA: Diabetes mató a 54 adultos mayores en el 2014.[citado 2015 Julio 23]. Disponible en : <http://diariocorreo.pe/edicion/tacna/54-fallecieron-por-diabetes-en-2014-604493/>

7. PORTILLA L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus 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 de 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., RAMÍREZ S. Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac. [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.CADENA C., FLORES Y. En su trabajo de investigación Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus

tipo 2. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería].Universidad Veracruzana. México. (2010)

15.JADÁN 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 optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional de Loja. Ecuador. (2011).

16.RECINOS M. Autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus Hospitalizados en los servicios de Medicina del Hospital Nacional de Occidente Quetzaltenango. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería] Universidad Rafael Landivar. Guatemala, 2013

17.ORIZAGA J. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel atención del IMSS-Querétaro. [Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Publica] Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2013.

18.CONTRERAS A., CONTRERAS A., HERNÁNDEZ C., CASTRO M., NAVARRO L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. (2013)

19.AMORES V. Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos 2. [Tesis para optar el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería].Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2013.

20.GÓMEZ M., ALBA M., MARTÍNEZ L., PACHECO L., YANAURIS V. Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. [Tesis para

optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad de Cartagena. Colombia, 2014.

21. GOMEZ D. Autocuidado y Calidad de Vida en personas con Hemodiálisis. [Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería] Universidad Autónoma de Nuevo León. México, 2014
22. BAUTISTA L., ZAMBRANO G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. [citado el 30 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261/9760>
23. LOREDO M., GALLEGOS R., XEQUE A., PALOMÉ G., JUÁREZ A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. México. (2016)
24. HAYA K., PAIMA K. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital Essalud - II Tarapoto. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería] Universidad Nacional de San Martín. Perú, 2012
25. LOS QUEQUES. Efecto de Talleres de Prevención Y Autocuidado Sobre los Niveles de Conocimientos Y Prácticas en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. [Trabajo de investigación] Hospital I Luis Albrecht. Red Asistencial La Libertad EsSalud. 2012
26. ALAYO I., HORNA J. Conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Florencia de Mora – Essalud. Trujillo 2013.

- 27.OLAZO F. Capacidad de Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Salud del Paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería].Universidad Peruana Unión. Lima, 2015.
- 28.GARCILAZO M. Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para realizar las Actividades Instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Juan de Miraflores. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería].Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2015.
- 29.ROMERO C. Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida relacionada con la Salud en un Grupo de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 . [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología]. Universidad Católica del Perú. Lima, 2015.
- 30.TUYO K. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II, en el C.S. San Francisco. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.Tacna, 2015.
- 31.URZUA A. Calidad de Vida relacionada con la salud: elementos Conceptuales.2011. [acceso 12 de Agosto del 2016]. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017

32. BADIA X. La satisfacción con el tratamiento. España. 2005. [acceso 16 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-satisfaccion-con-el-tratamiento-13076936>
33. LEDÓN L., Impacto psicosocial de la diabetes mellitus. Significados y respuestas a la enfermedad. Cuba. 2012. [acceso 16 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
34. GOMEZ Y. Intervención de Enfermería en la educación de las personas con diabetes mellitus. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2012. [página web de internet]. [actualizado febrero 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4816/1/Intervencion-de-Enfermeria-en-la-educacion-de-las-personas-con-diabetes-mellitus.html>
35. PROYECTO SALÓN. Composición de aire. [acceso 15 de Julio del 2016]. Disponible en: https://www.salonhogar.net/Salones/Ciencias/1-/El_Aire/El_aire.htm
36. Significados. Agua. [acceso 15 de Julio del 2016]. Disponible en: <http://www.significados.com/agua/>
37. CANAL DIABETES. Cómo afecta el consumo de agua en la diabetes. [pagina web de internet]. [actualizado 14 de febrero de

2013] Disponible en : <http://www.canaldiabetes.com/agua-y-diabetes/>

38. Significados. Alimentación. [acceso 20 de Julio del 2016].
Disponible en: <http://www.significados.com/alimentación/>

39. DOCUMENTO TÉCNICO. RM 162-2015 .Consulta Nutricional para la Prevención y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 de la persona Joven, Adulta y Adulta Mayor. 2015. Disponible en :
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM-162-2015-MINSA.PDF>

40. MINISTERIO DE LA SALUD. Manejo adecuado de las excretas. Argentina. Disponible en : <http://www.msal.gob.ar/cuidados-verano/index.php/información/agua-segura/manejo-adecuado-excretas>

41. INSTITUTO NACIONAL DE LA DIABETES Y LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y RENALES (NIH). Problemas de los riñones asociados con la diabetes. [página web de internet]. [actualizado 12 de Mayo de 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/diabetickidneyproblems.html>

42. INSTITUTO NACIONAL DE LA DIABETES Y LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y RENALES (NIH). Los problemas sexuales y urológicos de la diabetes. [página web de internet]. [actualizado Junio 2011]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la->

salud/diabetes/prevenir-problemas-diabetes/los-problemas-sexuales-y-urolgicos-de-la-diabetes#4

43.MEDINA A. Actividad y descanso. [acceso 3 de Agosto del 2016].. Disponible en : http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_35/ANA_MARIA_MEDINA_GARCIA_01.pdf

44.SOLANO C. Interacción Social.2013. [acceso 3 de Agosto del 2016]. Disponible en : https://prezi.com/cljqbg3j1_98/interaccion-social/

45.PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. [acceso 5 de Agosto del 2016]. Disponible en : http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_opabal.pdf

46.ANN MARRINER T., RAILE ALLIGOOD M. DOROTHEA E. OREM: La teoría enfermera del déficit de autocuidado. Modelos y Teorías de enfermería. Quinta edición. Elsevier Mosby, España; 2003. p. 189-198.

47.FERNÁNDEZ A., BARTOLOMÉ L., ARWUELL C. (2003) Manual diagnósticos y tratamientos en especialidades clínicas. Organización panamericana de la salud. Washington D.C

- 48.AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Todo sobre la diabetes. Disponible en:<http://www.diabetes.org/espanol/todo-sobre-ladiabetes/diabetes-tipo-2.jsp>.
- 49.ESPINOZA A. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho; 2009.
- 50.OPS. Guía para la atención integral de las personas con diabetes .2010.[página web de internet]. [fecha de acceso 24 de Noviembre del 2016].Disponible en: http://www.Guia_Atencion_Integral_Personas_con:Diabetes_Mellitus.pdf PAG. 52-53.
- 51.PINEDA E., ALVARADO E. Metodología de la Investigación.3^{ra} ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.p.81-82.

ANEXOS

ANEXO N°01

PRUEBA DE INDEPENDENCIA

CHI-CUADRADO

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

- **Hipótesis:**

H_0 : No Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

H_1 : Existe relación significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

Sea $\alpha = 0,05$.

- **Prueba Estadística:**

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

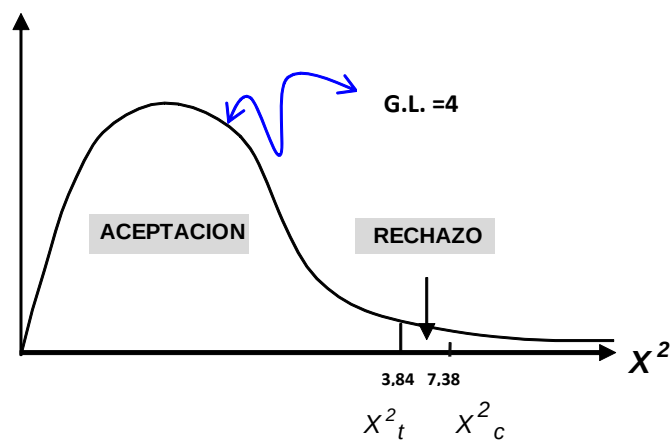
- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue una distribución aproximadamente X^2 con $(r-1)(c-1)=1$ grados libertad.
- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de X^2 es mayor o igual que **3,84**

- **Cálculo de la prueba estadística**

Tabla de contingencia entre la calidad de vida y autocuidado

AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA						Total	
	Alta		Media		Baja			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Buena	0	0,0	15	17,0	58	65,9	73	83,0
Regular	0	0,0	3	3,4	12	13,6	15	17,0
Mala	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	0	0,0	18	20,5	70	79,5	88	100,0
Prueba Chi-cuadrado: X2=7,38; G.L.=1; p=0,002<0,05 Si hay relación								

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque **7,38>3,84** y el valor p es $< 0,05$ y se acepta H_1



Conclusión: Se concluye que H_0 es falsa, y que sí existe evidencia de relación estadística significativa entre la calidad de vida y autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

ANEXO N° 02

MUESTRA DE ESTUDIO

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

Dónde:

N	240	Población de pacientes atendidos en Emergencia 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 N°03

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 HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2016” 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

**“CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2016”**

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

- | | |
|---|--|
| 1. Edad
☐ De los 30 a los 39 años
☐ De los 40 a 49 años
☐ De 50 a 59 años
☐ De 60 a mas | 4. Grado de instrucción
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Técnico universitario
☐ Superior |
| 2. Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino | 5. Cuenta con trabajo
☐ Si
☐ No |
| 3. Estado Civil
☐ Soltero(a)
☐ Casado(a)
☐ Conviviente
☐ Divorciado (a)
☐ Viudo (a) | 6. Ocupación
_____ |

DATOS DE LA PATOLOGÍA

1. ¿Cuánto tiempo que le diagnosticaron la enfermedad?
_____ años _____ meses
2. ¿Qué tipo de tratamiento para control de la diabetes lleva?
☐ Solo alimentación ☐ Alimentación+ ejercicio ☐ Oral
☐ Insulina ☐ Oral+ insulina
3. ¿Tiene alguna otra enfermedad?
☐ No ☐ Si Cual _____
4. Medidas antropométricas
Talla: _____ Peso: _____ IMC _____
5. Signos vitales:
 - Presión arterial _____ mmHg
 - Frecuencia cardiaca _____ x´
 - Frecuencia respiratoria _____ x´
6. Exámenes de laboratorio:
 - Glucosa _____ mg/dl
 - Orina: Proteinuria _____ Urea _____ Creatinina _____

AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABETICO

AUTOR: Gabriela Xiomara Esquía Chambe

FINALIDAD:

- Identificar el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.
- Relacionar la Calidad de Vida y el Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2016.

INSTRUCCIONES:

Agradecemos su participación en nuestra investigación “CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2016” y le solicitamos respetuosamente responda todas las preguntas. Recuerde que el cuestionario es anónimo, por lo cual le garantizamos la total confidencialidad de la información, la cual será utilizada con fines estadísticos. Siendo el puntaje el siguiente: Nunca : 1 A veces : 2 Siempre : 3

N°	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		Nunca 1	A veces 2	Siempre 3
	AIRE Y AGUA			
1.	Está en contacto con sustancias toxicas (humo del cigarro, humo de leña)			
2.	Cuando sale a la calle el humo de los autos le hace daño			
3.	Presenta una respiración agitada			
4.	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día			
5.	Consume agua directa del caño			
6.	Consume bebidas alcohólicas			
7.	Hay aumento de sed			
	ALIMENTACIÓN			
1.	Sigue la dieta indicada por su medico			
2.	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
3.	Consume diariamente 1 a 2 porciones de frutas			
4.	Consume diariamente 2 a 3 porciones de verduras			
5.	Consume 2 porciones de carbohidratos			
6.	Tiene aumento de hambre, de comer			
7.	Controla su peso cada mes			

ELIMINACIÓN				
1.	Necesidad frecuente de orinar			
2.	Ha notado cambios al momento de orinar (espuma)			
3.	Siente ardor o dolor al orinar			
4.	Necesidad frecuente de defecar			
5.	Presenta diarrea			
6.	Sufre de estreñimiento			
7.	Siente ardor o dolor al defecar			
ACTIVIDAD/ DESCANSO				
1.	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr			
2.	Se controla la glucosa antes de empezar su rutina			
3.	Acostumbra tomar una siesta			
4.	Duerme Ud. de 7 a 8 hrs. Diarias			
5.	Presenta insomnio			
6.	Usa algún fármaco para poder dormir recetado por el medico			
7.	Presenta fatiga por no haber descansado			
INTERACCIÓN SOCIAL				
1.	Pertenece al club de diabéticos			
2.	Prefiero estar solo en lugar de relacionarme con otras personas			
3.	Tengo dificultad para expresar lo que siento			
4.	El hecho del diagnóstico ha alterado su entorno laboral			
5.	Le ha afectado el saber que tiene diabetes			
6.	Le ha afectado a su familia el saber que tiene diabetes			
7.	Recibe apoyo de la familia			
PREVENCIÓN				
Médico				
1.	Por lo menos acude al médico tres veces al año			
2.	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad			
3.	Se mide la presión arterial			
4.	Cumple con las indicaciones medicas			
5.	Cumple con las pruebas de laboratorio de control por lo menos una vez al año			
6.	Lleva un control de glucosa o azúcar en sangre			
7.	Le brindan educación sanitaria sobre la enfermedad			

Enfermería y otros profesionales				
1.	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año			
2.	Realiza su control con el nutricionista			
	Recibe educación sanitaria de enfermería			
3.	Sobre el cuidado para eliminar callosidades, corte de uñas			
4.	Evitar rasguños, pinchazos en piel			
5.	Bañarse y secarse con cuidado en las zonas de pliegue, ingle y ombligo			
6.	Si presentara una herida lavarla con agua y jabón, y protegerla			
7.	Problemas en su actividad sexual			

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE DIABETICO.

Nº	ITEMS	Muy satisfecho 1	Más o menos satisfecho 2	Ninguno 3	Más o menos insatisfecho 4	Muy insatisfecho 5
Satisfacción con el tratamiento						
1.	¿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?					
3.	¿Qué tan satisfecho esta con su tratamiento actual?					
4.	¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?					
5.	¿Qué tan satisfecho esta con la flexibilidad en su dieta?					
6.	¿Qué tan satisfecho esta con la carga que su diabetes es para su familia?					
7.	¿Qué tan satisfecho esta con su conocimiento sobre su diabetes?					
8.	¿Qué tan satisfecho esta con sus horas de sueño?					
9.	¿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 esta 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 la sangre?					
19.	¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?					
20.	¿Con que frecuencia su diabetes interfiere con 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 maquina (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 su 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?						
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales							
		Nunca 1	Poco 2	Algunas veces 3	Con frecuencia 4	Siempre 5	No se aplica 0
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 se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?						
39.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si le negaran un seguro?						
40.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?						
41.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si faltara a su trabajo?						
42.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?						

Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes mellitus							
		Nunca 1	Poco 2	Algunas veces 3	Con frecuen cia 4	Siempre 5	No se aplica 0
43.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se desmayara?						
44.	¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?						
45.	¿Con que frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?						
46.	¿Con que frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?						

ANEXO N°04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2016”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº DE ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	4	4	4,0
2	4	4	3	4	4	3,8
3	5	4	5	4	3	4,2
4	4	4	4	4	4	4,0
5	5	4	4	4	4	4,2
6	5	4	4	4	4	4,2
7	5	4	4	4	5	4,4
8	4	5	4	4	4	4,2
9	4	4	5	4	4	4,2

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: **DPP = 1,90**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 3,6$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.

0,00	1,90
------	------

B.

1,90	3,8
------	-----

C.

3,8	5,7
-----	-----

D.

5,7	7,6
-----	-----

E.

7,6	9,5
-----	-----

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, el valor DPP fue **1,90** cayendo en la zona “**B**” lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 05

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR ALFA DE CRONBACH

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
Autocuidado	0,889	49

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,889	49

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pregunta1	89,33	140,238	-,091	,893
Pregunta2	89,13	137,267	,117	,891
Pregunta3	89,53	128,267	,630	,883
Pregunta4	88,80	136,457	,203	,890
Pregunta5	89,67	143,952	-,407	,896
Pregunta6	89,73	145,638	-,581	,897
Pregunta7	89,33	132,952	,428	,887
Pregunta8	88,73	137,781	,093	,891
Pregunta9	88,73	128,638	,775	,882
Pregunta10	88,53	131,695	,630	,884
Pregunta11	88,67	130,810	,584	,884
Pregunta12	88,40	135,543	,307	,888
Pregunta13	88,93	128,924	,544	,884
Pregunta14	88,73	127,924	,692	,882
Pregunta15	89,27	131,067	,589	,885
Pregunta16	89,27	127,495	,559	,884
Pregunta18	89,87	133,695	,689	,885
Pregunta19	89,73	133,067	,583	,885
Pregunta20	89,20	133,886	,325	,888
Pregunta22	88,93	135,210	,280	,889
Pregunta23	89,87	139,267	,005	,891
Pregunta24	88,80	140,886	-,133	,894
Pregunta25	88,73	142,210	-,221	,895
Pregunta26	89,07	135,924	,228	,889
Pregunta27	89,80	138,886	,017	,892
Pregunta28	89,07	127,638	,710	,882
Pregunta30	89,40	134,114	,431	,887
Pregunta31	89,47	138,410	,062	,891
Pregunta32	89,07	127,781	,544	,884
Pregunta33	88,80	127,600	,642	,883
Pregunta34	88,60	129,543	,659	,883

Pregunta35	88,27	136,352	,196	,890
Pregunta36	88,40	131,971	,408	,887
Pregunta37	88,53	130,267	,755	,883
Pregunta38	88,87	127,410	,683	,882
Pregunta39	88,60	129,686	,649	,883
Pregunta40	88,40	132,114	,400	,887
Pregunta41	89,67	138,810	,016	,892
Pregunta42	88,47	133,124	,507	,886
Pregunta43	88,93	125,210	,679	,882
Pregunta44	89,47	135,124	,336	,888
Pregunta45	88,80	128,600	,582	,884
Pregunta46	88,87	129,838	,468	,886
Pregunta47	88,47	140,267	-,090	,893
Pregunta48	88,53	134,267	,409	,887
Pregunta49	89,53	137,124	,169	,890

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
Calidad de vida	0,874	46

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	15	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,874	46

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pregunta01	91,00	250,143	,057	,878
Pregunta02	90,60	254,543	-,068	,880
Pregunta03	91,67	235,238	,609	,867
Pregunta04	91,33	239,667	,422	,870
Pregunta05	90,27	228,210	,630	,865
Pregunta06	90,13	246,838	,387	,872
Pregunta07	91,87	239,838	,539	,869
Pregunta08	91,33	229,238	,575	,866
Pregunta09	91,93	237,924	,825	,866
Pregunta010	91,07	229,495	,666	,865
Pregunta011	91,33	236,524	,456	,869
Pregunta012	91,00	230,000	,656	,865
Pregunta013	91,20	243,457	,404	,871
Pregunta014	91,20	246,314	,331	,872
Pregunta015	91,67	238,524	,612	,868
Pregunta016	92,47	245,838	,411	,871
Pregunta017	91,93	241,638	,514	,869
Pregunta018	91,87	245,838	,286	,872
Pregunta019	91,33	239,952	,505	,869
Pregunta020	91,20	239,457	,682	,868
Pregunta021	90,93	228,352	,717	,864
Pregunta022	91,33	228,381	,756	,863
Pregunta023	90,20	254,457	-,065	,879
Pregunta024	90,47	225,838	,719	,863
Pregunta025	91,47	227,838	,746	,863
Pregunta026	92,00	240,000	,451	,870
Pregunta027	91,60	237,114	,569	,868
Pregunta028	92,00	245,000	,347	,871
Pregunta029	91,60	238,114	,680	,867
Pregunta030	91,40	238,400	,474	,869

Pregunta031	91,60	252,400	,033	,875
Pregunta032	92,60	252,114	,146	,874
Pregunta033	91,67	235,667	,739	,866
Pregunta034	90,93	240,067	,705	,868
Pregunta035	92,60	252,257	,129	,874
Pregunta036	93,33	265,381	-,476	,884
Pregunta037	93,33	265,381	-,476	,884
Pregunta038	93,13	260,267	-,261	,882
Pregunta039	92,33	253,667	-,043	,880
Pregunta040	93,27	267,781	-,715	,884
Pregunta041	92,40	261,829	-,243	,886
Pregunta042	92,60	251,829	,021	,877
Pregunta043	91,40	239,114	,493	,869
Pregunta044	91,27	232,924	,600	,866
Pregunta045	90,53	241,552	,488	,869
Pregunta046	92,60	251,114	,064	,876

ANEXO N° 06

SOLICITO: PERMISO PARA EJECUCIÓN DE
TESIS

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
Dr. Jaime Vargas Zeballos



Yo, GABRIELA XIOMARA ESQUIA CHAMBE,
identificada con DNI N° 70674306, Bachiller de la
escuela de enfermería de la FACS- UNJBG, con
código 2011- 122029, ante usted con el debido
respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, siendo mi proyecto de tesis "**CALIDAD DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN LOS
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2016**", solicito pase a su despacho para poder tener el
permiso correspondiente para la EJECUCIÓN DE TESIS, para así poder realizar
el informe respectivo.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted se sirvase acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Atentamente,

Tacna, 01 de Setiembre del 2016

A handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Gabriela Xiomara Esquía Chambe'.

Gabriela Xiomara Esquía Chambe
DNI N° 70674306

ANEXO N°07

TABLA N°08

TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.

ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
Tratamiento	Alimentación	2	2,30
	Alimentación y ejercicio	3	3,40
	Oral	71	80,70
	Insulina	4	4,50
	Oral e insulina	8	9,10
	TOTAL	88	100,00

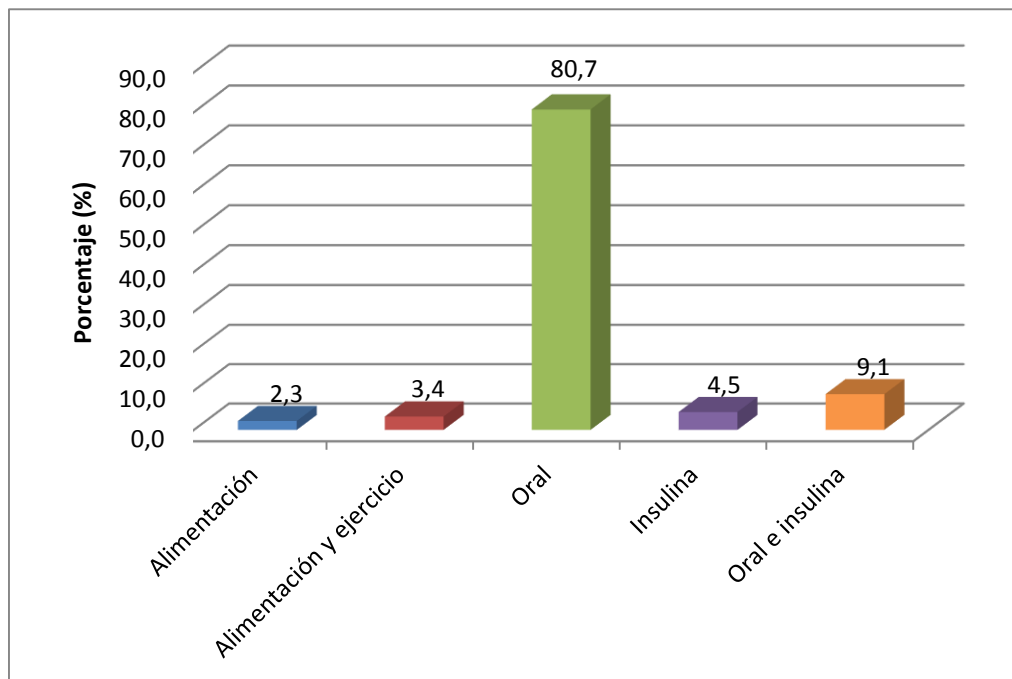
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°08 sobre el tipo de tratamiento, se observa que el 80,70% de pacientes diabéticos presenta un tratamiento oral, el 9,10% presenta un tratamiento oral más insulina, el 4,50% insulina como tratamiento, el 3,40% presenta un tratamiento en base a alimentación y ejercicio, finalmente el 2,30% sólo alimentación como tratamiento.

GRÁFICO N°08

TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°08

TABLA N°09

**OTRA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**

ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
Otra enfermedad	No	50	56,80
	Si	38	43,20
	TOTAL	88	100,00

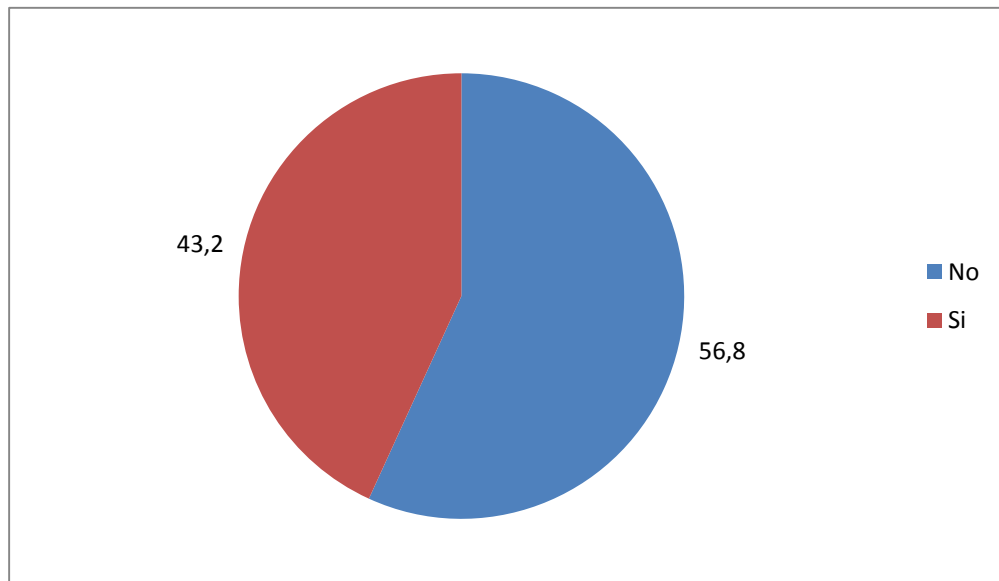
Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 09 sobre otra enfermedad, se observa que el 56,80% de los pacientes diabéticos no presenta otra enfermedad y el 43,20% si presenta otra enfermedad a parte de la diabetes, como la hipertensión arterial, entre otros.

GRÁFICO N°09

**OTRA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.**



Fuente: Tabla N°09

TABLA N°10
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO A LA CALIDAD
DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.

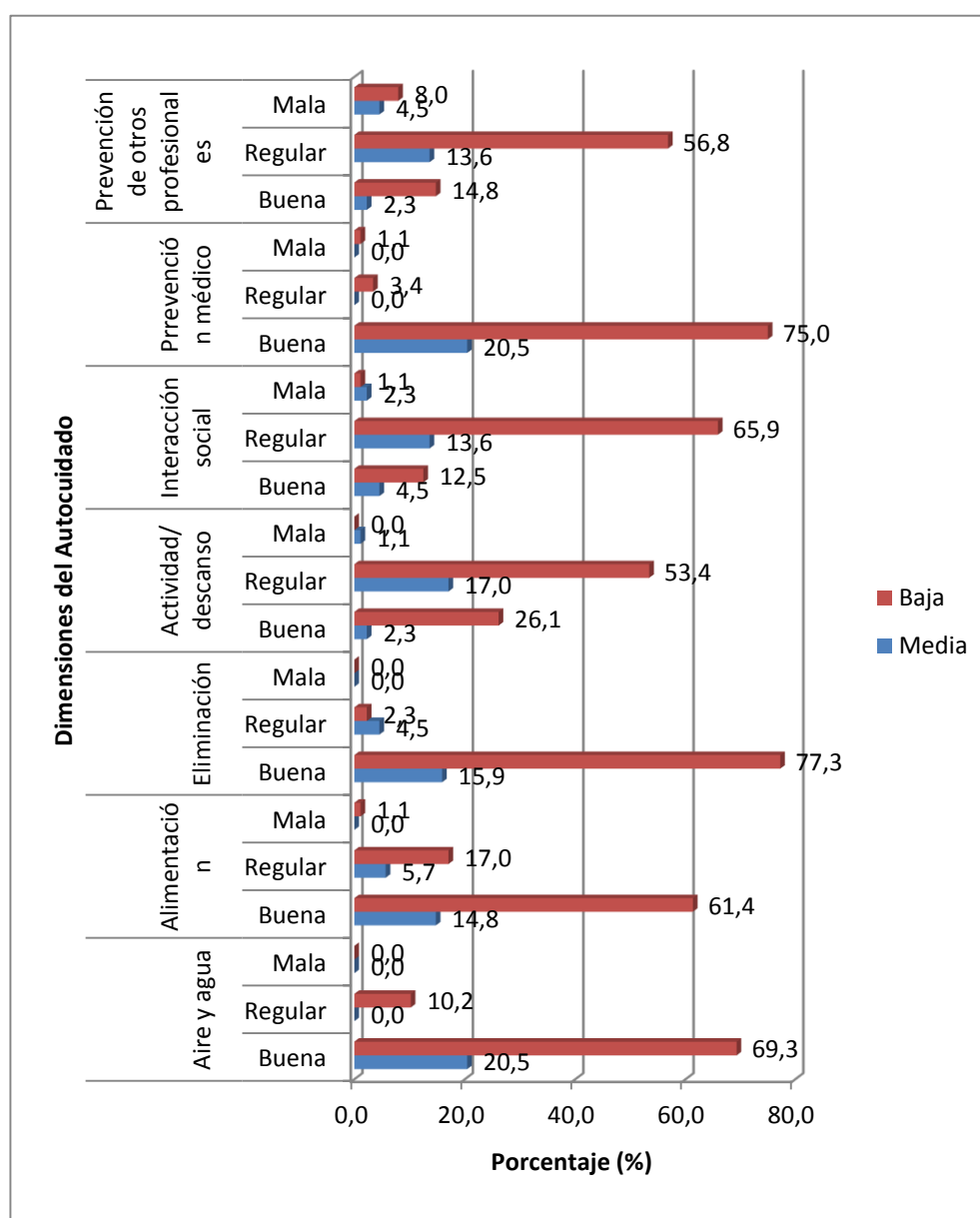
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO		CALIDAD DE VIDA						Total	
		Alta		Media		Baja			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Aire y agua	Buena	0	0,00	18	20,50	61	69,30	79	89,80
	Regular	0	0,00	0	0,00	9	10,20	9	10,20
	Mala	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Alimentación	Buena	0	0,00	13	14,80	54	61,40	67	76,10
	Regular	0	0,00	5	5,70	15	17,00	20	22,70
	Mala	0	0,00	0	0,00	1	1,10	1	1,10
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Eliminación	Buena	0	0,00	14	15,90	68	77,30	82	93,20
	Regular	0	0,00	4	4,50	2	2,30	6	6,80
	Mala	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Actividad/ descanso	Buena	0	0,00	2	2,30	23	26,10	25	28,40
	Regular	0	0,00	15	17,00	47	53,40	62	70,50
	Mala	0	0,00	1	1,10	0	0,00	1	1,10
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Interacción social	Buena	0	0,00	4	4,50	11	12,50	15	17,00
	Regular	0	0,00	12	13,60	58	65,90	70	79,50
	Mala	0	0,00	2	2,30	1	1,10	3	3,40
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Prevención médico	Buena	0	0,00	18	20,50	66	75,00	84	95,50
	Regular	0	0,00	0	0,00	3	3,40	3	3,40
	Mala	0	0,00	0	0,00	1	1,10	1	1,10
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00
Prevención de otros profesionales	Buena	0	0,00	2	2,30	13	14,80	15	17,00
	Regular	0	0,00	12	13,60	50	56,80	62	70,50
	Mala	0	0,00	4	4,50	7	8,00	11	12,50
	Total	0	0,00	18	20,50	70	79,50	88	100,00

Fuente: Cuestionario de autocuidado (Autor: Arias M. y Ramírez S., modificado por Esquíá G.) y calidad de vida (Autor: DQOL) aplicado a los pacientes del programa de diabetes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°10 sobre las dimensiones del autocuidado relacionado a la calidad de vida en los pacientes, se observa que el 89,80% de los pacientes presenta un buen autocuidado en aire y agua con un 69,30% de baja calidad de vida, un 76,10% presenta un buen autocuidado en la alimentación con un 61,40% de baja calidad de vida, un 93,20% presenta un buen autocuidado en la eliminación con un 77,30% de baja calidad de vida, un 70,50% presenta un regular autocuidado en actividad y descanso con un 53,40% de baja calidad de vida, un 79,50% presenta un regular autocuidado en la interacción social con un 65,90% de baja calidad de vida, un 95,50% presenta un buen autocuidado en la prevención médica con un 75,00% de baja calidad de vida y un 70,50% presenta un regular autocuidado en prevención de otros profesionales con un 56,80% de baja calidad de vida.

GRÁFICO N°10
DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO A LA CALIDAD
DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N°10