

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.

Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería

Autora:

Sánchez Torres, Sheila Estefani

Asesora:

Dra. Vicuña Vílchez, Vilma

Sullana- Perú

2017

Palabras clave:

Español

Tema:	Adherencia al tratamiento Calidad de vida Diabetes Mellitus Tipo 2
Especialidad	Enfermería

English

Theme	Adherence to treatment Quality of life Diabetes mellitus type 2
Specialty	Nursing

Línea de investigación

Salud pública.

Sub línea de investigación

Abordaje de los trastornos metabólicos más comunes según ciclo vital.

Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Sánchez Torres, Sheila Estefani

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017**. El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, en la primera parte de Introducción se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, base científica, justificación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, definición y operacionalización de las variables; en el segunda parte de metodología se expone el tipo y método de investigación, área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento; en la tercera parte de resultados, se expone los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, en la cuarta parte de Análisis y discusión, se expone el análisis e interpretación de datos con los antecedentes considerados, en la quinta parte corresponde a conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRAS CLAVES	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
1. INTRODUCCION	1-22
2. METODOLOGIA	23-26
3. RESULTADOS	27-45
4. ANALISIS Y DISCUSION	46-51
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52-53
DEDICATORIA	54
AGRADECIMIENTO	55
REFERENCIAS	56-57
ANEXOS	58-67

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01	Características demográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 27
TABLA N° 02	Tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 28
TABLA N° 03	Tiempo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 29
TABLA N° 04	4 Tipo de tratamiento que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 30
TABLA N° 05	Valor de la Presión Arterial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 31
TABLA N° 06	Valores de la glicemia capilar según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 32
TABLA N° 07	Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 33
TABLA N° 08	Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 34
TABLA N° 09	Adherencia al tratamiento según dimensión: características del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 35

TABLA N° 10	Adherencia al tratamiento según dimensión: relaciones interpersonales con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	36
TABLA N° 11	Adherencia al tratamiento según dimensión: dependencia edad y sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	37
TABLA N° 12	Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	38
TABLA N° 13	Calidad de vida según dimensión energía y movilidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	39
TABLA N° 14	Calidad de vida según dimensión control de la diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017..	40
TABLA N° 15	Calidad de vida según dimensión: Ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	41
TABLA N° 16	Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	42
TABLA N° 17	Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	43
TABLA N° 18	Relación Adherencia al tratamiento y Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	44

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
FIGURA N° 02	Tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 28
FIGURA N° 03	Tiempo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 29
FIGURA N° 04	4 Tipo de tratamiento que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 30
FIGURA N° 05	Valor de la Presión Arterial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 31
FIGURA N° 06	Valores de la glicemia capilar según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 32
FIGURA N° 07	Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 33
FIGURA N° 08	Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 34
FIGURA N° 09	Adherencia al tratamiento según dimensión: características del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 35
FIGURA N° 10	Adherencia al tratamiento según dimensión: relaciones interpersonales con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 36
FIGURA N° 11	Adherencia al tratamiento según dimensión: dependencia edad y sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 37
FIGURA N° 12	Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. 38

FIGURA N° 13	Calidad de vida según dimensión energía y movilidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	39
FIGURA N° 14	Calidad de vida según dimensión control de la diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	40
FIGURA N° 15	Calidad de vida según dimensión: Ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	41
FIGURA N° 16	Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	42
FIGURA N° 17	Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	43
FIGURA N° 18	Relación Adherencia al tratamiento y Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.	45

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendido en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017. **Metodología:** El método de investigación de enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo y correlacional; así mismo la investigación fue de corte transversal. La muestra fue de 21pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La técnica utilizada fue la Entrevista, y El instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Yulisa Rocío Molina García el año 2008 y adaptado por la autora del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20.**Resultados:** Según la prueba estadística de chi cuadrado se determinó que existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentan una regular adherencia al tratamiento. La adherencia relaciones interpersonales que se establece entre el paciente y el equipo de salud, es la dimensión que presenta mayor adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento en su dimensión dependiente del paciente, es la dimensión que presenta menor adherencia al tratamiento. La mayoría de pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Apoyo II de Sullana, consideran tener una regular calidad de vida. Al contrastar la hipótesis con los resultados obtenidos en el presente estudio esta guarda relación con lo planteado en el proyecto. **Conclusiones:** La población en estudio presentó una regular adherencia al tratamiento y calidad de vida, se comprobó la relación estadística $P=0.01$.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento – calidad de vida - diabetes mellitus tipo 2

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine the relationship between adherence to treatment and the quality of life of the patient with diabetes mellitus type 2 treated in the hHospital II-2 Sullana. August -November 2017. Material and Methods: The research method of quantitative approach, within which it has a descriptive and correlational character; likewise the investigation was of cross section. The sample consisted of 21 patients with type 2 diabetes mellitus. The technique used was the Interview, and the data collection instrument was designed, validated and used by Yulisa Rocío Molina García in 2008 and adapted by the author of the present study. The data were processed with the statistical program SPSS version 20. Results: According to the chi-square statistical test, it was determined that there is a direct relationship between adherence to treatment and quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Patients with Diabetes Mellitus Type 2, have a regular adherence to treatment. The adherence of interpersonal relationships that is established between the patient and the health team is the dimension that presents the greatest adherence to treatment. The adherence to the treatment in its dependent dimension of the patient, is the dimension that presents less adherence to treatment. The majority of diabetic patients seen at Hospital Apoyo II in Sullana, consider having a regular quality of life. When contrasting the hypothesis with the results obtained in the present study, it is related to what was proposed in the project. Conclusions: The study population presented a regular adherence to treatment and quality of life, the statistical relationship $P = 0.01$ was proved.

Key words: Adherence to treatment - quality of life - diabetes mellitus type 2.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

Dávila, R., García, N., Saavedra, K. (2013). *Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos*. Se ejecutó un estudio descriptivo correlacional transversal con el objetivo de determinar las variables que se asocian a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores del Centro de Salud San Juan. La muestra seleccionada en forma aleatoria simple estuvo conformada por 75 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, a quienes se aplicó instrumentos como el cuestionario sobre las características sociodemográficas del adulto mayor, la escala de apoyo familiar de Leitón (confiabilidad 0.85 y validez de 0.86), la escala de riesgo de no Adherencia de Gutiérrez y Bonilla (confiabilidad 0.82, de validez 0.91), y el Test de Morisky Green Levine (confiabilidad 0.61). Los hallazgos mostraron que el 69,33% de adultos mayores son no adherentes al tratamiento de diabetes mellitus, es decir que no ejecutan las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria. En cuanto al perfil sociodemográfico: El 82,7% fueron adultos mayores entre 60 a 74 años, más de la mitad de las mujeres tienen estudios primarios (58,5%), mientras que los varones tienen estudios secundarios (45,5%) y superiores con (18,2%); además todos los casos que reportan ningún grado de instrucción son mujeres. El 40%, informo tiempo de enfermedad inferior a 5 años y el 38,7% de 11 años a más. La patología asociada con mayor frecuencia fue la artrosis (66,7). El 69,3% de adultos son no adherentes al tratamiento. Las variables que mostraron correlación positiva con la adherencia fueron el estado civil ($r= 0,235$), grado de instrucción ($r= 0,257$), la presencia de pluripatología: artrosis ($r= 0,232$), dislipidemia ($r= 0,333$) y retinopatía ($r= 0,323$).

Camarillo, V. (2012). *Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos mediante la medición de hemoglobina glucosilada, y su relación con el uso de terapias alternativas, en pacientes diabéticos adscritos a la unidad de Medicina Familiar, del IMSS, de Xalapa*. En la parte cualitativa se exploraron las razones por

las cuales las personas hacen uso de tratamientos alternativos y la relación que hay entre el uso de estos y el grado de apego al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con diabetes. Fue un estudio bimétodo diseñado en dos fases secuenciales: fase cuantitativa, con un estudio longitudinal, observacional y analítico con diseño de cohorte retrospectiva, para comparar la información obtenida en una primera medición realizada en el 2009 (medición basal) con la información que se obtuvo en febrero del 2011 y obtener el grado de apego al tratamiento en el grupo expuesto y no expuesto (con y sin uso de medicina alternativa). La muestra fue de 102 sujetos para cada grupo y la información se obtuvo mediante la toma de hemoglobina glucosilada y la aplicación del test de Morisky – Green y el cuestionario de terapias alternativas. En la fase cualitativa, se trató de un estudio exploratorio, con muestreo de casos tipo, seleccionados dentro del grupo expuesto. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas y el discurso transcrito se codificó y analizó mediante análisis de contenido temático, para complementar los resultados con este análisis. El apego al tratamiento disminuyó en 14% entre la primera y la segunda evaluación, siendo esta disminución en aquellos que no usaron terapias alternas: el uso de terapias alternas se asoció significativamente con la falta de apego al tratamiento. La falta de un control glucémico con valores de HbA1c $\geq 7\%$ aumento de la primera a la segunda evaluación. La concepción que se tiene sobre la diabetes varía entre los pacientes entrevistados, aunque predomina un significado de gravedad y muerte, el apego al tratamiento se ve afectado por razones como los malestares físicos que provocan el medicamento, el olvido, el desinterés, la influencia social y el temor. Las terapias alternas son utilizadas principalmente de forma complementaria, para controlar la diabetes y retrasar las complicaciones de la enfermedad; en menores casos se usan para sustituir el tratamiento farmacológico.

Araneda (2009), analizó la evolución del concepto de *Adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 1, desde una perspectiva psicológica*. Se enfoca en el período de la adolescencia y se revisan los principales elementos que han marcado la evolución de dicho concepto (y las prácticas terapéuticas que le están asociadas) desde la década 1970 hasta la actualidad. Utilizaron revisión bibliográfica, inicialmente en la base de datos Elsevier - ScienceDirect y posteriormente a través de trabajos citados en la bibliografía inicial. Se concluyó que el concepto de “adherencia al tratamiento” ha evolucionado hacia una dimensión dinámica,

compuesta, multifactorial y fruto de un acuerdo entre el equipo médico y el paciente; además de la búsqueda de un equilibrio entre otros equilibrios necesarios para el desarrollo del adolescente. A la luz de estas constataciones, se discuten a lo largo de todo el artículo diversos elementos que el equipo de salud puede considerar en su acercamiento al adolescente diabético.

Villalobos, A. (2006), realizaron un estudio titulado *Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III)*; con el objetivo de medir algunos factores psicológicos y socioambientales vinculados con el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, a través de pruebas psicométricas. El método de estudio fue de tipo correlacional, ya que se buscaba estudiar las relaciones internas de las variables que componen la Escala de Adherencia al Tratamiento y el comportamiento psicométrico de la escala en su totalidad, la muestra estuvo conformada por 104 personas, el instrumento aplicado fue el cuestionario. Las conclusiones del presente estudio fueron: “La escala EATDM-III muestra ser un instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Los coeficientes de correlación entre factores permitieron detectar la relación que existe entre los diversos aspectos vinculados a la adherencia al tratamiento. Los factores de la organización y apoyo comunal, el ejercicio físico y la valoración de la condición física se encontraron por debajo de lo esperado. La relación entre los eventos conductuales vinculados a los controles médicos de la enfermedad, el seguimiento de las dietas, la autovaloración de la condición física y el ejercicio fueron en general bajos e inconsistentes entre sí”.

Velandia y Rivera, (2009). *Relación existente entre la agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos del hospital Tunjuelito en Colombia*. Este estudio descriptivo correlacional que midió y relacionó la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento en una muestra de 201 personas que contaban con algún factor de riesgo cardiovascular: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus, del Programa de crónicos del Hospital. Se empleó la escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y el cuestionario para evaluar el comportamiento de adherencia al tratamiento

farmacológico y no farmacológico derivado de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification). El 62,6 % de las personas con factores de riesgo cardiovascular tuvo regular capacidad de agencia de autocuidado y el 77 % de los participantes presentó una buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. La correlación resultante entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico mostró una correlación moderada y positiva de 0.413x

Hoyos, Arteaga y Muñoz, (2011), *Factores para no adherencia al tratamiento de personas con diabetes mellitus tipo 2, desde la visión del cuidador familiar*. (Fue un estudio etnográfico enfocado. En 2008 se realizaron 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud de Medellín (Colombia), y también se efectuaron seis observaciones de momentos significativos del cuidado. La adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo.

1.1.2 Fundamentación científica

Base teórica.

1.1.2.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada (OPS – OMS 2008). .

Definida también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual (20). Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes. Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno:

El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) (Becker y Rosenstok 1984) según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias.

Teoría de la auto-eficacia (Bandura 1997) se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la

creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones.

Dimensiones de la Adherencia

Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera: Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente diabético (Giacaman, 2010).

a. Dependientes del paciente

Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

b. Relación Paciente-Personal de Salud

La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

c. Características del tratamiento

El tratamiento de la diabetes es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros.

Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento; en el caso del paciente diabético el aspecto más difícil de controlar es el régimen alimentario.

1.1.2.2 CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la calidad de vida se remonta desde los años de 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue sino hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon en considerar como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente (MINSA 2006).

Campbell en 1976, definió la calidad de vida como: “un concepto vago y etéreo, algo de lo que mucha gente habla, pero que nadie sabe claramente lo que en realidad significa”. A pesar de ello, se empezó a valorar como conveniente la impresión subjetiva de los pacientes sobre su propio estado de salud, medida con instrumentos (cuestionarios) previa validación a cargo de investigadores expertos en el tema. Desde entonces, estos temas han adquirido un importante papel, lo que se evidencia a través de:

1. El desarrollo y la publicación de numerosos cuestionarios para medir calidad de vida.
2. La publicación de muchos artículos en que estos cuestionarios se utilizan como un parámetro objetivo de evaluación.
3. La creación de sociedades científicas interesadas específicamente en este tema (Internacional SocietyforQuality of LifeResearch) (MINSA2006).

En 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la

combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d).

Calidad de vida

Calidad de vida es la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren (11). Está relacionada con condiciones de vida, con aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Veliz 2005).

Según Gaspar: "La calidad de vida es el grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio, en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias" (Gomez 2010)

Dimensiones de la Calidad de Vida

Las dimensiones permiten definir de modo operativo el concepto de calidad de vida. En general, cuando hablamos de calidad de vida en pacientes diabéticos y del funcionamiento social del sujeto, están relacionados con los síntomas de la enfermedad y/o tratamiento, la mayoría de expertos en este campo ven a la calidad de vida como una estructura multidimensional que incluye varias dimensiones claves, estas son:

a. Dimensión física

Es la percepción del estado físico, de la capacidad de realizar las actividades cotidianas, lograr un buen físico (por ejemplo pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal) mantener una nutrición adecuada y una cantidad apropiada de grasa corporal, comprende también los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

b. Dimensión psicológica

Es la percepción que tiene el individuo de su estado cognitivo y afectivo; es la capacidad de controlar el estrés y expresar las emociones apropiadamente. Este bienestar emocional implica la capacidad de reconocer, aceptar y expresar los sentimientos, y de aceptar las propias limitaciones (Kossier 2008).

c. Dimensión social

Es la percepción que tiene el individuo de su interacción con otras personas, se incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar, desempeño laboral, funcionamiento en la intimidad (sexualidad). Ganz, P en el año 1995, toma en cuenta las áreas en mención y así mismo señala que se pueden tener en consideración para la evaluación de la calidad de vida, otros aspectos como preocupaciones espirituales o existenciales y la satisfacción con la asistencia de salud como por ejemplo la relación personal-paciente.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como: “ la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (Schwartzmann2009).

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica .

Calidad de Vida del paciente diabético

Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, compuesta por el bienestar físico considerado como la capacidad de realizar las actividades cotidianas; el bienestar psicológico considerado como la capacidad para controlar el estrés y expresar las emociones

apropiadamente; y por último el bienestar social considerado como la capacidad de relacionarse con éxito con las personas y con el entorno del que cada persona forma parte (Kossier 2009)

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional.

Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad como la hipoglicemia, hiperglicemia, pie diabético, retinopatía, entre otros. Este impacto se expresa como “calidad de vida”.

1.1.2.3 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus o sacarina es un trastorno crónico grave que se caracteriza por anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, su denominador común es la intolerancia a la glucosa o la hiperglucemia.

Generalmente en el paciente diabético su organismo no produce o no reacciona a la insulina, hormona producida por las células beta del páncreas, que es necesaria para el uso o almacenamiento de sustancias energéticas corporales. Sin insulina eficaz surge hiperglucemia que puede ocasionar complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad (2). Esta enfermedad crónica se caracteriza por presentar dos glicemias en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl; glicemias al azar o dos horas post carga de glucosa mayor o igual a 200 mg/dl (22). Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran la micción excesiva (poliuria), aumento de la sed (polidipsia) y aumento del apetito (polifagia).

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían de 70 -110 mg/dl (determinación por método enzimático). Los valores de sangre venosa total (sin centrifugar) o capilar en ayunas son unos 10 % más bajos que los del plasma (60-100 mg/dl); al azar o durante una tolerancia a la glucosa los valores son semejantes (Ceclen 2000).

- **Diabetes Mellitus Tipo I**

Se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y posiblemente ambientales (virales) contribuye a la destrucción de dichas células. Las personas no heredan la diabetes tipo I en sí, más bien heredan una predisposición genética, o tendencia al desarrollo de ésta clase de diabetes.

- **Diabetes Mellitus Tipo II**

Este tipo de diabetes representa el 95 % de la diabetes mellitus, los dos principales problemas que se presentan son resistencia insulina y alteraciones de la secreción de insulina. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad por parte de los tejidos hacia la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En este tipo de diabetes, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado (Connell S, 2014).

Complicaciones agudas de la diabetes:

- **Cetoacidosis Diabética**

Se produce por una deficiencia absoluta o relativa de la actividad de la insulina, que desencadena en una serie de eventos metabólicos. Los factores desencadenantes más frecuentes son las infecciones, abandono del tratamiento con insulina o hipoglicemiantes orales, discreciones alimenticias, situaciones de emergencia, estrés (intervenciones quirúrgicas, traumatismos, eventos cardiovasculares), trastornos psiquiátricos, alergia insulínica (Garmendia Lorena,2009).

Las manifestaciones clínicas más importantes son: la poliuria, polidipsia, anorexia, compromiso de la conciencia de grado variable, deshidratación, polipnea, respiración acidótica con aliento cetónico (olor de manzana), astenia, postración progresiva, hipotensión arterial, taquicardia.

- Síndrome HiperglucémicoHiperosmolar No Cetósico

Es un trastorno grave que se presenta cuando predominan la hiperosmolaridad e hiperglucemia con alteraciones sensoriales. Al mismo tiempo, la cetosis es mínima o inexistente. El defecto bioquímico básico es la falta de insulina eficaz (es decir, resistencia a la insulina).

La hiperglucemia persistente causa diuresis osmótica que conduce a pérdida de agua y electrolitos. Para mantener el equilibrio osmótico hay intercambio de agua del espacio intracelular al extracelular. Con la glucosuria y la deshidratación hay hipernatremia y aumento de la osmolaridad. El cuadro clínico es de hipotensión, deshidratación intensa (sequedad de mucosas, turgencia deficiente de la piel), taquicardia y signos neurológicos variables (como alteración sensorial, convulsiones, hemiparesia).

- Hipoglucemia

La hipoglucemia (niveles bajos de glucosa) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/100ml. Puede ser causada por demasiada insulina o agentes hipoglucemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada. La hipoglucemia llega a presentarse en cualquier momento del día o la noche, por lo regular antes de los alimentos, en especial si éstos se retrasan.

Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia se agrupan en dos categorías, síntomas adrenérgicos y síntomas de sistema nervioso central.

En la hipoglucemia leve se presenta diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. En la hipoglucemia moderada, la disminución de la glucemia impide que las células cerebrales reciban las sustancias indispensables para su funcionamiento. Los signos de disfunción del sistema nervioso central incluyen incapacidad para concentrarse, cefalea, mareos, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y la lengua, habla balbuceante, coordinación deficiente, cambios emocionales, conducta irracional o combativa, visión doble y somnolencia. En la hipoglucemia grave, los síntomas son desorientación, convulsiones, dificultad para despertarse o pérdida de la conciencia (Garmendía Lorena2014).

Complicaciones Crónicas. Enfermedad Microvascular

- **Retinopatía**

Es la complicación más frecuente y conocida de la Diabetes Mellitus de larga duración. La pérdida de la visión es 25 veces más frecuente en los pacientes diabéticos que en la población no diabética (Sáenz 2012).

Pedro E. "Retinopatía diabética". Diagnóstico. Vol.39 N0 1. Perú 2000; 25).

El riesgo de la retinopatía se incrementa con la duración de la enfermedad y el pobre control glicémico, está causada por los cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía la información sobre ellas al cerebro.

La retinopatía presenta tres etapas principales, no proliferativas (básica), preproliferativas y proliferativas. Los síntomas indicativos de hemorragia incluyen objetos que flotan o hilos en el campo visual, cambios visuales repentinos, como escotomas o visión borrosa, e incluso pérdida total de la visión.

Complicaciones Vasculares Periféricas

- **Pie Diabético**

Por múltiples razones, los pacientes diabéticos tienden a padecer problemas de los pies. Las principales causas precipitantes de estos problemas son las afecciones micro y macro vasculares, que causan isquemia y retraso en la cicatrización. El principal problema con la neuropatía es la ausencia de sensibilidad, que produce falta de conciencia del dolor, y que contribuye a la aparición de lesiones múltiples en el pie. Las alteraciones de los nervios motores dan lugar a debilidad periférica, atrofia muscular y pie péndulo, con disminución de los reflejos.

Las manifestaciones clínicas más comunes son fisuras debido a la piel seca, ampollas producidas por los zapatos, omiso precursor de lesiones cancerosas, uñas de los pies, que debido a su crecimiento pueden transformarse en fuentes de infección, callos y las durezas que aparecen sobre prominencias óseas y que son lugares frecuentes de abscesos acompañados de osteomielitis(Gauthlet P. 2012).

Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2

• Dieta del Paciente Diabético

El plan de alimentación es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación.

Es necesario poner énfasis en la educación al paciente sobre un adecuado régimen alimentario.

Teniendo en cuenta que la nutrioterapia médica es parte integral de la asistencia y del control total de la diabetes, los profesionales asistenciales y los diabéticos señalan que uno de los aspectos más difíciles del control de la enfermedad es el cumplimiento de los principios de planeación de la nutrición y las comidas (Marion J, 2003).

Plan de Alimentación según el estado Nutricional.

a. Pacientes con sobrepeso y obesos (Índice de masa corporal: >25 Kg./m²)

- Dieta hipocalórica. Se recomienda menos de 1500 kcal. Entre 15 a 20 Kcal. /Kg. de peso ideal.
- Fraccionar en un mínimo de cuatro comidas diarias.
- Sustituir parcialmente las harinas por verduras.
- Restringir las grasas, sugerir el consumo de pescado, pollo sin piel, pavo y carne roja magra.
- Los aceites vegetales se limitaran a dos cucharadas diarias (30 ml); de preferencia se usaran los aceites con mayor contenido de grasa monoinsaturadas (aceite de oliva, girasol).

b. Pacientes con peso normal (Índice de masa corporal 20-25 Kg./m²)

- Dieta normocalórica entre 25 y 40 Kcal./Kg./día peso ideal, considerando la actividad física.
- Fraccionar en no menos de cuatro comidas

c. Pacientes con bajo peso (Índice de masa corporal < 20 Kg./m²)

- Dieta hipercalórica progresiva hasta llegar a valor calórico total > 40 Kcal./Kg./día
- Tratamiento adecuado de hiperglicemia para llevarlo a su peso normal.

Ejercicio Físico del Paciente Diabético

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 cardiovascular. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejora la utilización de la insulina; favoreciendo la circulación sanguínea y el tono muscular (MagaveyaPicon 2011).

Estos aspectos son de vital importancia para el tratamiento de la diabetes para bajar de peso, reducir el estrés y mantener una sensación de bienestar general.

El ejercicio también aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, lo cual es de particular importancia en diabéticos porque corren un riesgo mayor de trastornos cardiovasculares.

- Se recomienda una actividad física regular, mínima tres veces por semana. Debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor de 30 minutos. Debe aconsejarse el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física para utilizar el calzado más adecuado al tipo e intensidad del ejercicio.
- Evaluación del estado cardiovascular en todos los pacientes (hay riesgos adicionales en caso de existir retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica, enfermedad cardiovascular, etc.)
- Los pacientes en insulino terapia, por el riesgo de hipoglicemia, por ejercicio intenso deben consumir una ración readicional rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el ejercicio y un reajuste de las dosis de insulina.
- Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico (Seclen 2000).

Tratamiento Farmacológico del Paciente Diabético

- Insulina

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas humano ésta hormona facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía, logrando su distribución uniforme en nuestro organismo. La insulina es

una hormona anabólica o de almacenamiento, con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adiposo. Los efectos de la insulina son:

- Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía.
- Indica al hígado que deje de liberar glucosa.
- Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno)
- Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo.
- Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarias) a las células.

- **Hipoglicemiantes orales**

Los hipoglicemiantes orales son efectivos para los pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden tratarse únicamente mediante dieta y ejercicios, no obstante, no pueden ser utilizados durante el embarazo(2). Los principales agentes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son: Las Sulfonilureas (aumento de la secreción pancreática de la insulina); Biguanidas (disminuye la producción hepática de glucosa); Inhibidores de alfa glucosidasa (disminuyen la glicemia e insulinemia postprandial) y por último las Tiazolidinedionas (mejoran la captación muscular de la glucosa) (Gauthlet P, 2012).

Educación del Paciente Diabético

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere de toda una vida de conductas de autocontrol especiales. En virtud de que la dieta, la actividad física y el estrés físico y emocional afectan al control diabético, los pacientes deben aprender a equilibrar múltiples factores. Deben aprender las habilidades del cuidado personal cotidiano para prevenir fluctuaciones de la glucemia y también incorporar a su estilo de vida muchos comportamientos preventivos para evitar las complicaciones a largo plazo de la diabetes.

- Es fundamental en el manejo del paciente y permite hacerlo copartícipe del cuidado de su salud.

Es preferible que se imparta desde la primera consulta ya sea personal o grupal e impulsar la integración del paciente a los programas de educación diabetológica

1.1.2.4 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE DIABETICO

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 requiere el individuo; 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 óptimo, 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.(Kossier 2009)

Funciones de Enfermería en el nivel de promoción y prevención de la salud son:

- Elabora materiales para citas y tarjetas de control del paciente con diabetes
 - Es líder en la educación individualizada sobre los cuidados del paciente con diabetes
 - Colabora en el desarrollo de estrategias en la educación preventiva del pie diabético y de otras complicaciones a pacientes y familia.
 - Realiza entrevistas y orienta a pacientes hospitalizados.
 - Recepciona al paciente que solicita atención conjuntamente con la técnica de enfermería. Es responsable del registro de las funciones vitales, peso, talla y datos personales de la ficha clínica.
 - Realiza curación de úlcera no complicadas y retiro de puntos de sutura.
 - Detección de problemas podológicos u otras complicaciones del pie en pacientes diabéticos.
 - Deriva al paciente a otros miembros del equipo del Programa de Diabetes y multidisciplinario en caso de detectar algún problema de urgencia.
- Entrega material didáctico del programa de diabetes.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La diabetes tipo 2 representa uno de los retos más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud. Esta enfermedad no sólo está asociada a una notable

utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tiene un importante impacto en las personas que la padecen.

Una vez que el paciente es diagnosticado depende directamente del compromiso y la responsabilidad que asuma con su enfermedad. El establecer un acercamiento más profundo a la vida de los pacientes diabéticos permite conocer su experiencia cotidiana con la enfermedad y el modo en que perciben su propia vida; por ende determinar la calidad de vida que mantienen y rescatar a partir de ello elementos que contribuyan en el desarrollo de una mejor atención y prevención para las personas que cursan con esta enfermedad.

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social; así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Según la OMS, Calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Calidad de vida no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones, manteniendo las capacidades funcionales del ser humano que pueden verse afectadas tanto física, psicológica y socialmente.(Corbacho 2007).

Dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. Para adaptarse a esta nueva situación, la persona pone en marcha mecanismos de autorregulación, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares y sociales que pueden llevar al individuo a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo su bienestar y así un manejo inadecuado de la enfermedad.(Pace E 2011).

Lo grave de esta enfermedad es que mina la salud del individuo dañando múltiples órganos, produciendo ceguera, eventos cardiovasculares, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores, ocasionando el ingreso hospitalario de los pacientes y así mismo la pérdida en la calidad de vida de estos.

Para evitar estas complicaciones el paciente necesita atención médica oportuna, fármacos adecuados y educación en diabetes, siendo estos tres puntos iguales en importancia. La adherencia al régimen terapéutico comprende las condiciones que contribuyen a mantener y mejorar el estado de salud de una persona, dentro de los cuales se consideran: la dieta, el ejercicio, el tratamiento farmacológico, cuyo cumplimiento por parte de los pacientes, tendrá como objetivos principales un control metabólico adecuado y la prevención de las complicaciones.

Por tanto el presente estudio es de suma importancia para el profesional de Enfermería puesto que la esencia de su función es el de brindar un cuidado integral no sólo al paciente con Diabetes Mellitus sino también a la familia orientando y fortaleciendo la autoestima del paciente mediante el uso de mecanismos de adaptación, previa identificación de sus sentimientos, dudas y temores, lo que influye directamente en la percepción que tengan de sí mismos y por ende de su Calidad de Vida.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017?

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1 Conceptualización

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada (OPS – OMS 2008).

CALIDAD DE VIDA

Es la percepción que tiene el individuo de su interacción con otras personas, se incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar, desempeño laboral, funcionamiento en la intimidad (sexualidad).

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus o sacarina es un trastorno crónico grave que se caracteriza por anomalías en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, su denominador común es la intolerancia a la glucosa o la hiperglucemia.

Variables

Variable Independiente:

Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Variable Dependiente:

Calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1.4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensiones	INDICADORES	Indicadores
Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas sean estas de naturaleza médica o psicológica – conductual. Los factores que afectan la adherencia son: Dependientes del tratamiento, del paciente, de la relación paciente personal de salud y del sistema de salud	Características del tratamiento. Relación paciente - personal de salud. Dependiente del paciente	Tratamiento farmacológico. Tratamiento no farmacológico: <ul style="list-style-type: none">- Dieta- Ejercicios. Educación. Relación interpersonal con el equipo de salud. <ul style="list-style-type: none">- Edad- Sexo- Ingreso económico- Ocupación- Grado de instrucción.	Los valores que toman las variables son los siguientes: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: PUNTAJE TOTAL 66 (20 ÍTEMS) - No existe adherencia: (20–43 pts) - Adherencia inadecuada o subóptima: (44 – 51 pts) - Adherencia óptima:(52–66 pts)
Calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Es la percepción que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes. Está influenciada de modo complejo por la salud física, psicológica, nivel de independencia y sus relaciones sociales.	a. Bienestar físico. b. Bienestar psicológico. c. Bienestar social	<ul style="list-style-type: none">- Energía y/o vitalidad- Movilidad- Funciones vitales (PA:100-130/70- 85)- Glicemia de 70-110mg/dl- Tiempo de la enfermedad.- Funcionamiento sexual.- Efectos adversos del tratamiento.- Ansiedad (estado de inquietud del ánimo por el estado general de salud).- Preocupación (Prevención de complicaciones futura, desvelo)- Desempeño laboral.- Apoyo familiar.	CALIDAD DE VIDA: PUNTAJE TOTAL 273 (39 ÍTEMS) <ul style="list-style-type: none">- Calidad de Vida óptima: (39– 89 pts)- Regular Calidad de Vida: (90– 156 pts)- Deficiente Calidad de Vida: (157 – 273 pts)

1.5 HIPÒTESIS

- H1 = Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2.
- H0 = No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana.
- Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana según las Dimensiones: Dependientes del paciente, Dependiente del tratamiento y Dependiente de las relaciones interpersonales con el personal de salud.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana.
- Analizar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo y correlacional; así mismo la investigación fue de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Es correlacional porque se van a relacionar las dos variables. Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Hospital II-2, Sullana

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por 23 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana.

Muestra: se utilizó la siguiente fórmula

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

N: es el tamaño de la población.

α : es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 23}{22 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{22.08}{1.015}$$

$$n = 21.75$$

La muestra estuvo constituida por 21 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana.

Criterios de inclusión:

- Los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes adultos que estén en condiciones de responder el cuestionario.
- Paciente que desean participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Que no deseen participar en el estudio.
- Que tengan otro tipo de diabetes.
- Que no estén en condiciones de responder el cuestionario.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario, elaborado y utilizado por Yulisa Rocío Molina García el año 2008, el cual será aplicado en forma personal a cada paciente que participe en el estudio. El cuestionario (ver anexo A) consta de lo siguiente: presentación, datos generales y contenido propiamente dicho este a su vez se divide en dos partes, la primera evalúa Adherencia al tratamiento (20 ítems) y la segunda parte evalúa Calidad de Vida (39 ítems). Para evaluar la variable Calidad de Vida se utilizara el instrumento “Diabetes 39”, que fue adaptado y validado en México por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, este a su vez ha sido la autora antes mencionada lo adapto al Perú de acuerdo a nuestra realidad considerando los aspectos económicos y socioculturales;

el cuestionario es de tipo multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico, funcionamiento social, físico, entre otros.

Para la medición de las variables se asignara un puntaje a cada uno de los ítems, estos serán: Adherencia al tratamiento de 20 a 66 puntos (20 ítems); y Calidad de Vida de 39 a 273 puntos (39 ítems).

La variable adherencia al tratamiento se utiliza la Escala de Estanones y los valores serán:

- No existe adherencia: (20–43 pts)
- Adherencia inadecuada o subóptima: (44 – 51 pts)
- Adherencia óptima:(52–66 pts)

La variable calidad de vida será evaluada por la Escala de Estanones y los valores serán:

- Calidad de Vida óptima: (39– 89 pts)
- Regular Calidad de Vida: (90– 156 pts)
- Deficiente Calidad de Vida: (157 – 273 pts)
-

Según Molina (2008) considero para Confiabilidad y Validez lo siguiente:

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, donde participaron ocho profesionales especialistas como médicos endocrinólogos (3), enfermeras del área de investigación y de medicina general (3), y profesionales de psicología (2), cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento de recolección de datos. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto, para ello se aplicaron fórmulas estadísticas como el del K de Richarson y el Alfa de Crombach. Los resultados para la variable Adherencia al tratamiento fueron: Alfa deCrombach = $0.9 > 0.5$ y Kuder Richardson = $0.6 > 0.0$. Parala variable Calidad de Vida, se obtuvo la confiabilidad con el método coeficiente de Alfa de Crombach $>$ de 0.5, de acuerdo a cada dimensión evaluada. Estos resultados permitieron modificar y/odiscriminar ítems, asegurando su consistencia y coherencia interna así como reducir su margen de error

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para ejecutar el presente estudio se contó con la autorización del jefe de la unidad de capacitación del Hospital II-2 Sullana. El cuestionario fue aplicado en el mes de octubre del presente año en el horario de mañanas de lunes sábado.

2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Para ejecutar el presente estudio se contó con el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio, (Anexo B), expresándole que la información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de las variables se utilizará la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente los resultados fueron presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y comprobar la hipótesis establecida se empleó la Chi-Cuadrado. Se utilizó representaciones gráficas; para ello se empleó el programa SPSS versión 20. Para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico del presente estudio.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1 Características demográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

característica s	ALTERNATIVAS								TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Técnico		Superior		21	100,0
	3	14,3	8	38,1	8	38,1	2	9,5		
Ocupación	Obrero		Empleado		trabajador independiente		jubilado		ama de casa	
	4	19,0	6	28,6	1	4,8	1	4,8	9	42,9
Edad	20-30años		30-40años		40-50años		50-60años		60-70años	
	4	19,0	1	4,8	6	28,6	7	33	3	14,3
Ingreso económico	< 850 soles		>850a soles		Especifique				21	100,0
	12	57,1	8	38,1	1	4,8				
Estado civil	Soltera		Casada		Conviviente		Viudo/a		21	100,0
	2	9,5	5	23,8	12	57,1	2	9,5		
tiempo de enfermedad	<1año		1-2años		2-3años		3-4 años		21	100,0
	6	23,6	8	28,6	6	28,6	1	4,8		
Tiempo de tratamiento	<1año		1-2años		>3años				21	100,0
	11	52,2	10	47,6	0	0,0				

Tabla N° 2 Tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

tiempo de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 1 año	6	28,6	28,6
1- 2 años	8	38,1	66,7
2 - 3 años	6	28,6	95,2
3 --4 años	1	4,8	100,0
Total	21	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

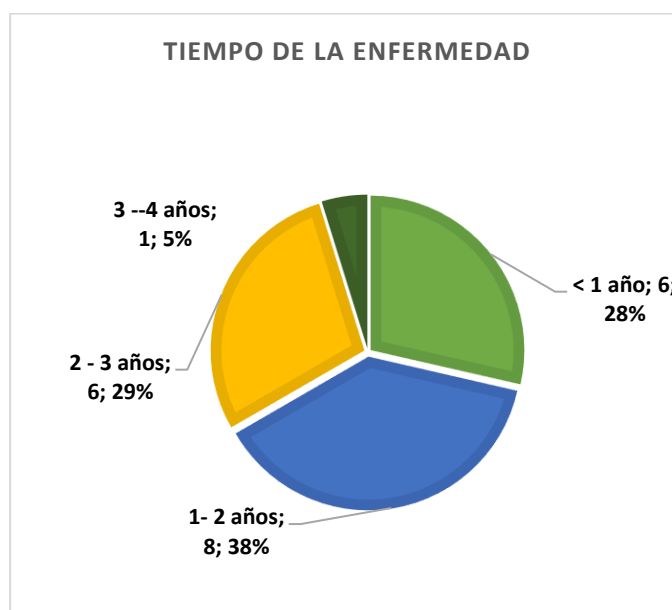


Figura N° 2 Tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 3 Tiempo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tiempo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< 1 año	11	52,4	52,4	52,4
1- 2 años	10	47,6	47,6	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

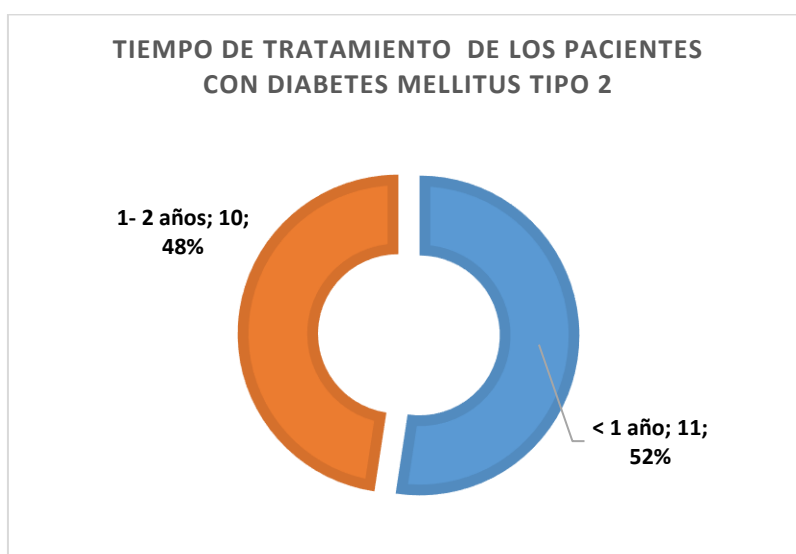


Figura N° 3 Tiempo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N°4 Tipo de tratamiento que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

tipo de tratamiento que recibe	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Insulina	1	4,8	4,8	4,8
hipoglucemiantes (pastillas)	5	23,8	23,8	28,6
insulina + pastillas	14	66,7	66,7	95,2
no recibe medicamento	1	4,8	4,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

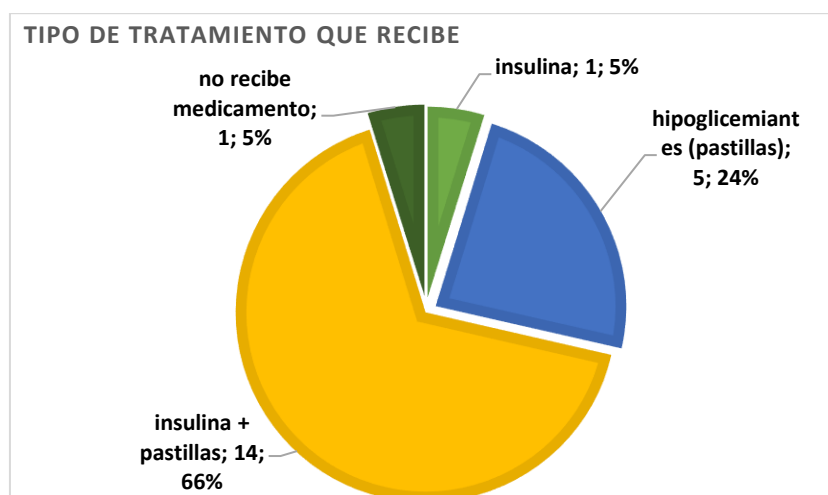


Figura N° 4 Tipo de tratamiento que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 5 Valor de la Presión Arterial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Sexo	Presión Arterial		Total
	120/80 -140/90 mm Hg	141/90 - 150/100 mmHg	
Femenino	9 42,9%	3 14,3%	12 57,1%
masculino	5 23,8%	4 19,0%	9 42,9%
Total	14 66,7%	7 33,3%	21 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

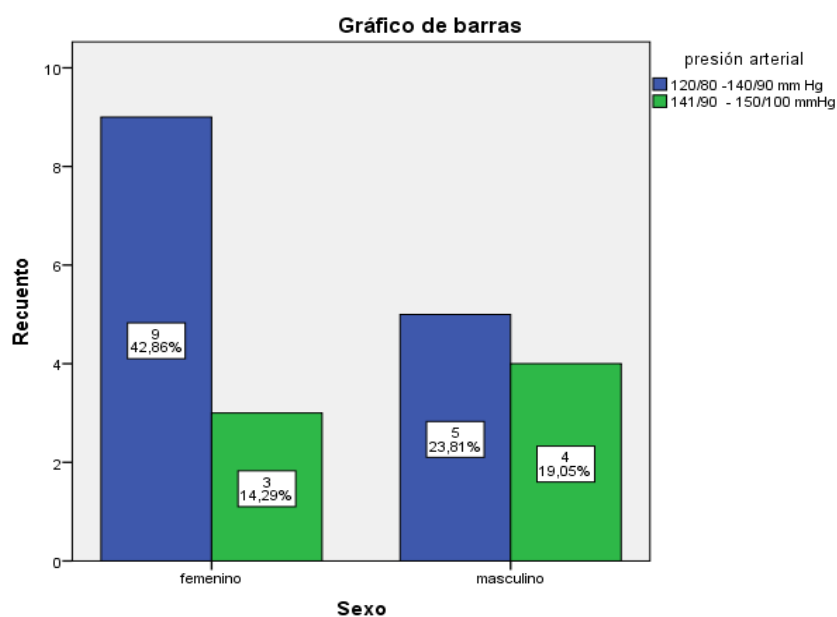


Figura N° 5 Valor de la Presión Arterial según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 6 Valores de la glicemia capilar según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Sexo	glucosa			Total
	81-100 mg/dl	101-120 mg/dl	>121 mg/dl	
femenino	3 14,3%	3 14,3%	6 28,6%	12 57,1%
masculino	1 4,8%	0 0,0%	8 38,1%	9 42,9%
Total	4 19,0%	3 14,3%	14 66,7%	21 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

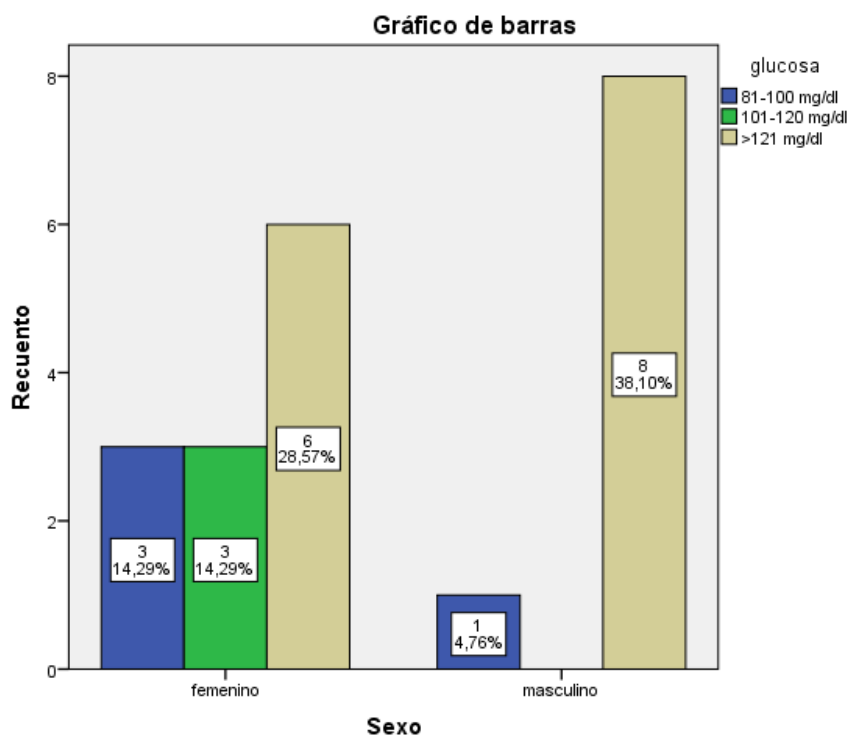


Figura N° 6 Valores de la glicemia capilar según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 7 Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Sexo	Índice de Masa Corporal (IMC)			Total
	Normal	Sobre peso	Obesidad	
femenino	6 28,6%	2 9,5%	4 19,0%	12 57,1%
masculino	4 19,0%	3 14,3%	2 9,5%	9 42,9%
Total	10 47,6%	5 23,8%	6 28,6%	21 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

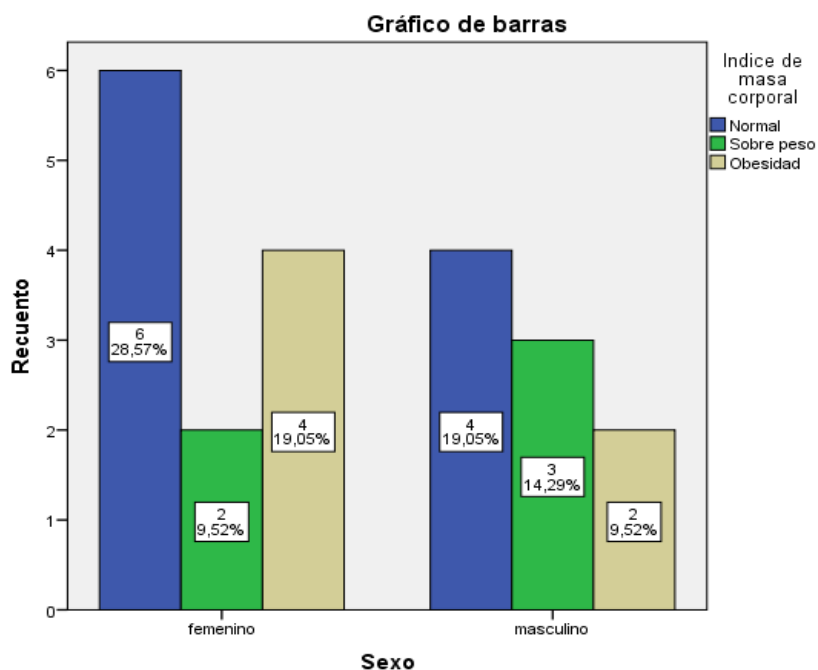


Figura N° 7 Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 8 Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Adherencia al Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
No existe adherencia	18	85,7	85,7	,2	7,3	71,4	100,0
Regular adherencia	3	14,3	100,0	-,2	7,3	0,0	28,6
Total	21	100,0		-4,0	19,6	0,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

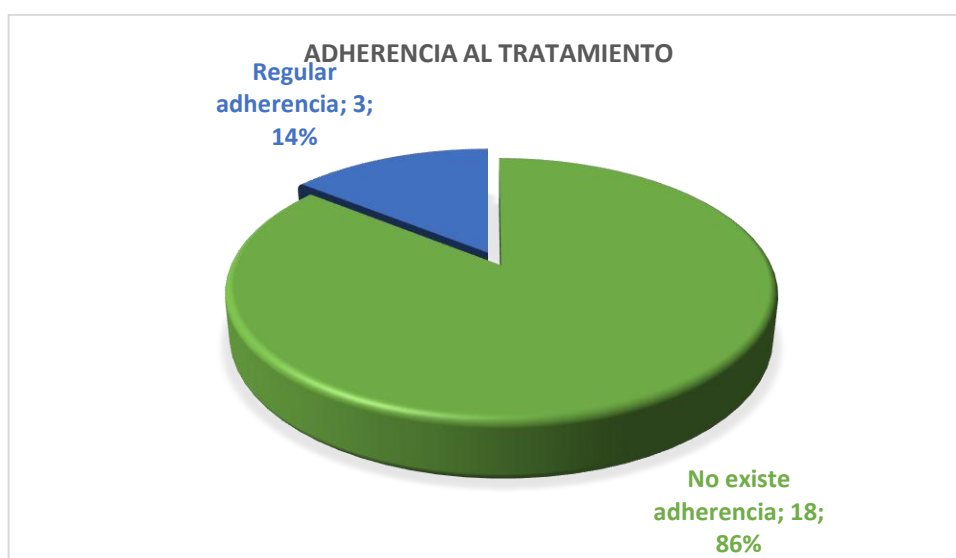


Figura N° 8 Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 9 Adherencia al tratamiento según dimensión: características del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Dimensión características del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No existe adherencia	3	14,3	14,3	14,3
Regular adherencia	18	85,7	85,7	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

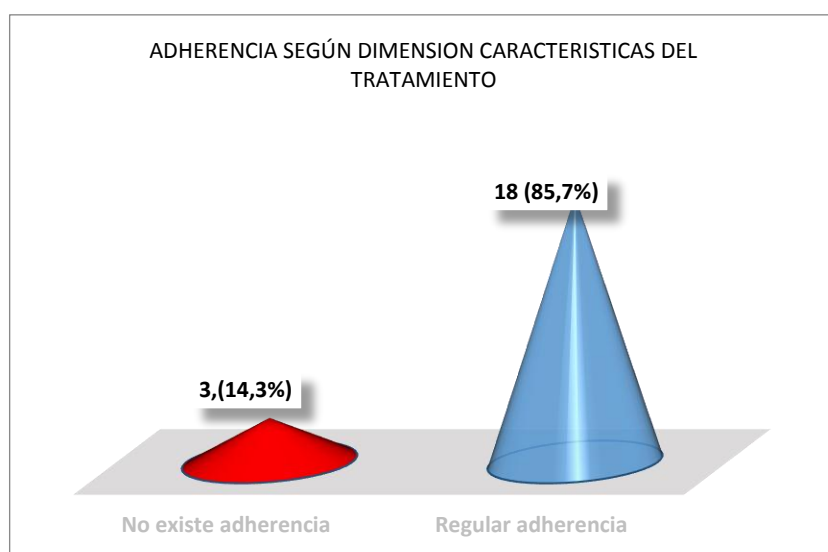


Figura N° 9 Adherencia al tratamiento según dimensión: características del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 10 Adherencia al tratamiento según dimensión: relaciones interpersonales con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

relación interpersonal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	1	4,8	4,8	4,8
Muy buena	20	95,2	95,2	100
Total	21	100	100	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

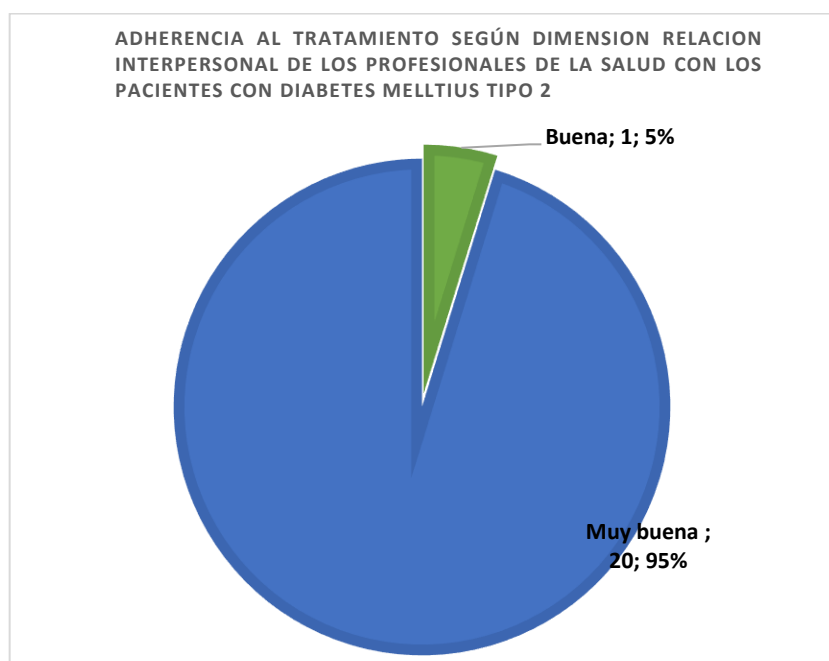


Figura N° 10 Adherencia al tratamiento según dimensión: relaciones interpersonales con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 11 Adherencia al tratamiento según dimensión: dependencia edad y sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Edad	Sexo		Total
	Femenino	masculino	
30- 40 años	0 0,0%	1 4,8%	1 4,8%
40-50 años	4 19,0%	2 9,5%	6 28,6%
51-60 años	4 19,0%	3 14,3%	7 33,3%
61-70 años	2 9,5%	1 4,8%	3 14,3%
20-30 años	2 9,5%	2 9,5%	4 19,0%
Total	12 57,1%	9 42,9%	21 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

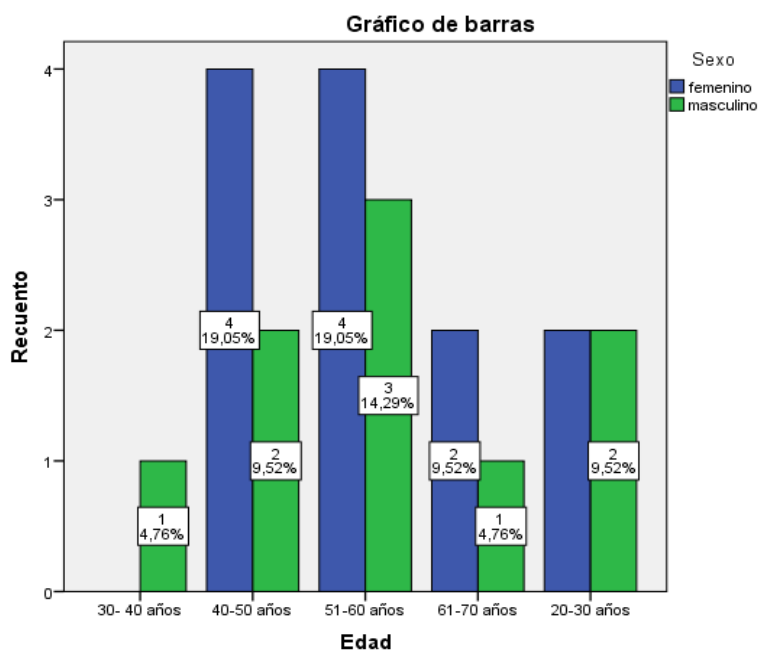


Figura N° 11 Adherencia al tratamiento según dimensión: dependencia edad y sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 12 Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
Regular	18	85,7	85,7	,1	7,8	66,7	100,0
Óptima	3	14,3	100,0	-,1	7,8	0,0	33,3
Total	21	100,0		-3,3	17,9	0,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

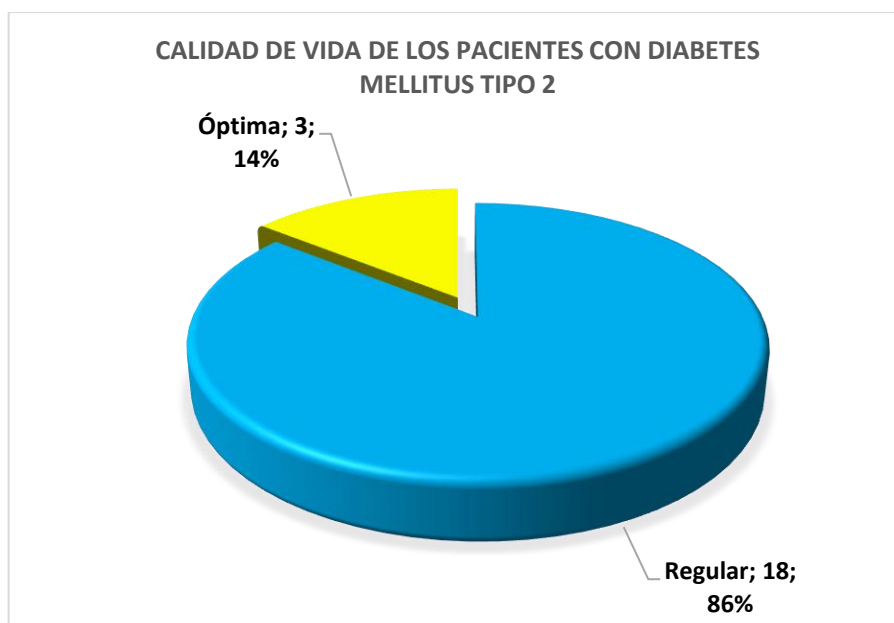


Figura N° 12 Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 13 Calidad de vida según dimensión energía y movilidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Dimensión: Bienestar físico:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	5	23,8	23,8	23,8
Óptima	16	76,2	76,2	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

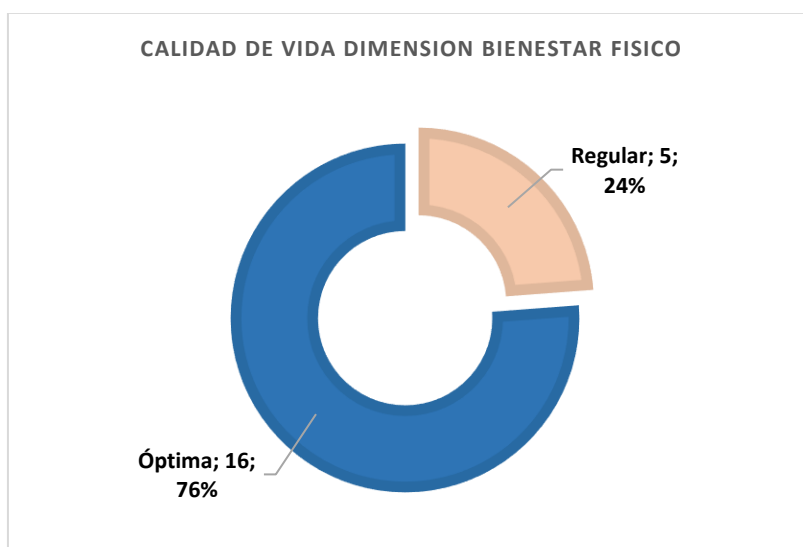


Figura N° 13 Calidad de vida según dimensión energía y movilidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 14 Calidad de vida según dimensión control de la diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Dimensión : control de la diabetes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	6	28,6	28,6	28,6
Óptima	15	71,4	71,4	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

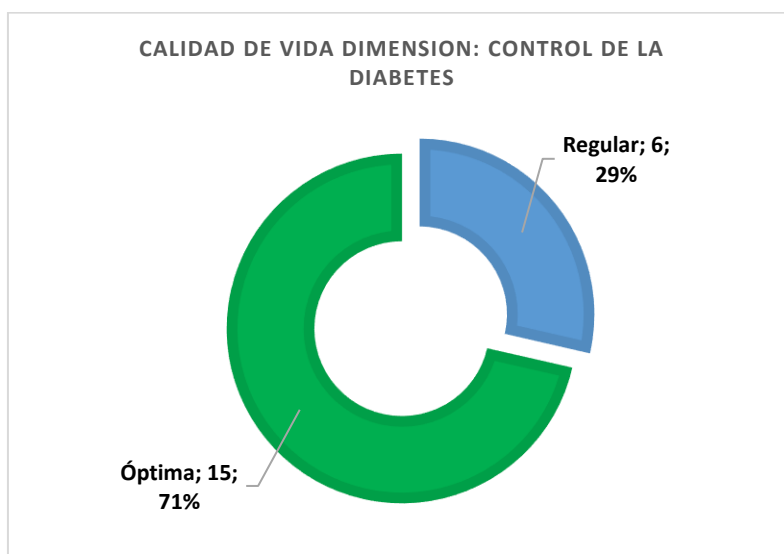


Figura N° 14 Calidad de vida según dimensión control de la diabetes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 15 Calidad de vida según dimensión: Ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión: Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	9	42,9	42,9	42,9
Regular	11	52,4	52,4	95,2
Óptima	1	4,8	4,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

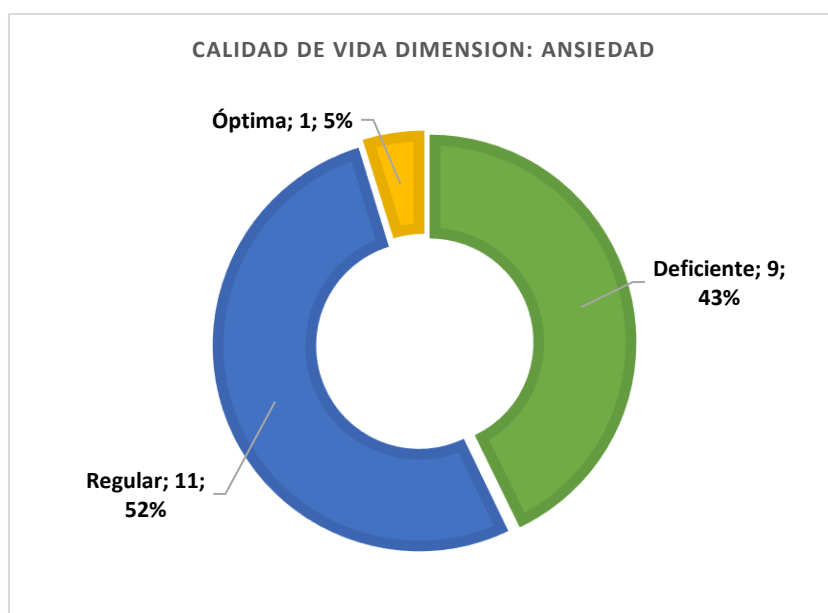


Figura N° 15 Calidad de vida según dimensión: Ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 16 Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión: Carga social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	4	19,0	19,0	19,0
Regular	14	66,7	66,7	85,7
Óptima	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

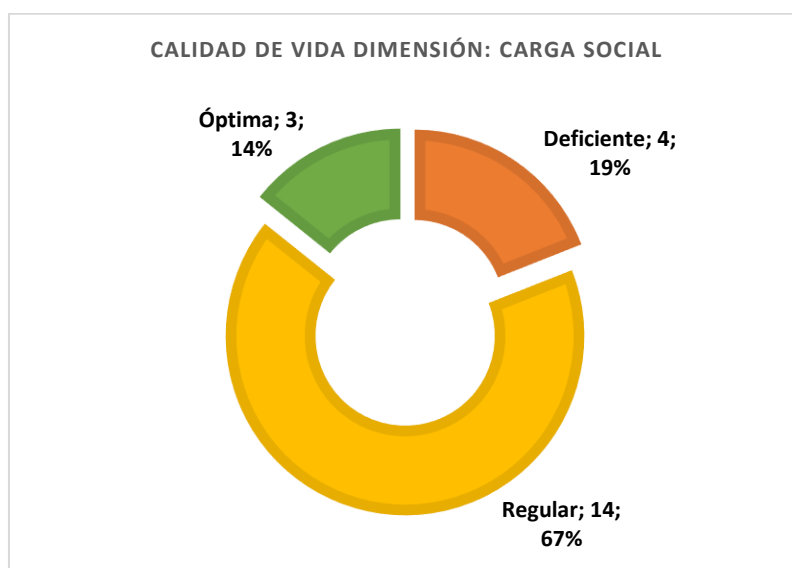


Figura N° 16 Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 17 Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión función sexual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	7	33,3	33,3	33,3
Regular	14	66,7	66,7	100,0
Total	21	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

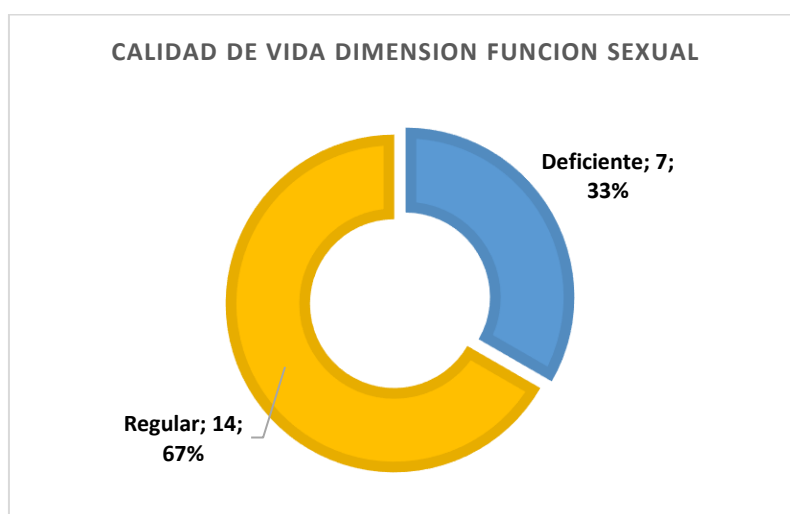


Figura N° 17 Calidad de vida según dimensión: Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Tabla N° 18 Relación Adherencia al tratamiento y Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

Adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II-2 Sullana. Agosto –Noviembre 2017.	Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendido en el hospital II-2 Sullana. Agosto – Noviembre 2017.		Total
	Regular	Óptima	
No existe adherencia	16 76,2%	2 9,5%	18 85,7%
Regular adherencia	2 9,5%	1 4,8%	3 14,3%
Total	18 85,7%	3 14,3%	21 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,037 ^a	1	,309		
Corrección por continuidad ^b	,016	1	,899		
Razón de verosimilitudes	,848	1	,357		
Estadístico exacto de Fisher				,386	,386
Asociación lineal por lineal	,988	1	,320		
N de casos válidos	21				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

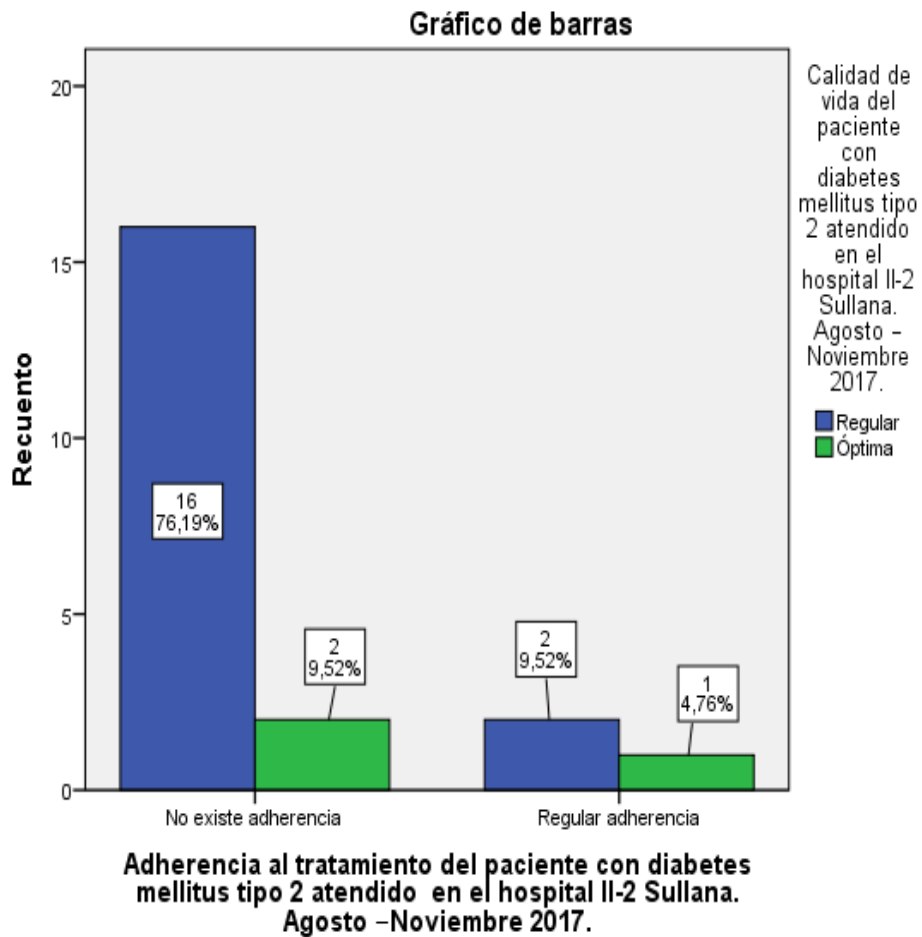


Figura N° 18 Relación Adherencia al tratamiento y Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-2 Sullana, agosto- noviembre 2017.

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN

La tabla N°1, muestra las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Referente a grado de instrucción el 38,1% tienen estudios de secundaria, el 38,1% técnico superior técnico, el 14,3% primaria y el 9,5% superior. Ocupación, el 42,9% son amas de casa, el 28,6% empleados, el 19% son obreros, el 4,8% son trabajadores independientes y el 4,8% jubilados. La edad, el 33% tienen entre 50 a 60 años, el 28,6% entre 40 a 50 años, el 19% entre 20 a 30 años, el 14,3% entre 60 a 70 años y el 4,8% entre 30 a 40 años de edad. De acuerdo al ingreso económico el 57,1% menos de 850 nuevos soles, el 38,1% más de 850 nuevos soles y el 4,8% no especifican. En cuanto a estado civil el 57,1% son convivientes, el 23,8% casados, el 9,5% solteras y el 9,5% viudas.

La tabla N° 2, presenta el tiempo de enfermedad, el 38,1% entre 1 a 2 años, el 28,6% menos de 1 año, el 28,6% entre 2 a 3 años y el 4,8% entre 3 a 4 años.

En las tablas N° 3 y 4, se observa el tiempo y tipo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II.2 Sullana. Según el tiempo el 52,4% menos de un año y el 47,6% entre 1 a 2 años. De acuerdo al tipo de tratamiento el 66,7% recibe insulina más pastillas, el 23,8% hipoglucemiantes, el 4,8% insulina y el 4,8% no recibe tratamiento.

La tabla N°5, muestra la relación entre el valor de la Presión Arterial y el sexo del paciente: Para el grupo de sexo femenino, el 42,9% su presión arterial oscila entre 120/80 y 140/90 y el 14,3% entre 141/90 y 150/ 100 mmHg. Y para el sexo masculino

el 23,8% su presión arterial oscila entre 120/80 y 140/90 y el 19,0% entre 141/90 y 150/100 mmHg.

La tabla N° 6, permite relacionar los valores de la glicemia capilar y el sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II.2 Sullana, tenemos: Para el sexo femenino el 14,3% entre 81 a 100 mg/dl, el 14% entre 101 a 120 mg/dl y el 28,6% con glucosa mayor de 121 mg/dl. Para los pacientes de sexo masculino el 38,1% presentan una glucosa mayor de 121mg/dl y el 4,8% de 80 a 100 mg/dl.

La tabla N°7, muestra la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el sexo. Para el sexo femenino el 28,6% presenta un índice de masa corporal normal, el 9,5% presenta sobre peso y el 19% tienen obesidad. Para sexo masculino, el 19% tiene un IMC normal, el 14,3% tiene sobre peso y el 9,5% tiene obesidad.

Tabla N° 8 hace evidente la Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II.2 Sullana. De la población es estudio el 85,7% no existe adherencia y el 14,3% presentan regular adherencia.

La tabla N°10, muestran la adherencia al tratamiento según la dimensión relaciones interpersonales el 95,2% es muy buena y el 4,8% buena.

La tabla N°11, muestra la adherencia al tratamiento en la dimensión dependencia edad-sexo de los pacientes con diabetes mellitus: El sexo masculino se adhiere al tratamiento el 4,8% en las edades de 30 a 40 años, el 9,5% para los de 40 a 50 años y el 14,3% de 51 a 60 años, el 4,8% de 61 a 70 años y el 9,5% de 20 a 30 años. Para el grupo de

pacientes de sexo femenino el 19% tienen entre 40 a 50 años, el 19% entre 51 a 60 años, el 9,5% tienen entre 61 a 70 años y el 9,5% entre 20 a 30 años.

Las tablas N°12 y 17, expresan la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II.2 Sullana. El 85,7% tienen una calidad de vida regular y el 14,3% es óptimo. Según las dimensiones siguientes: Energía y movilidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el 76,2% óptimo y el 23,8% regular. Control de la diabetes el 71,4% es óptimo y el 28,6% regular: Ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 52,4% regular, el 42,9% deficiente y el 4,8% óptima. Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 66,7% regular, el 19% deficiente y el 14,3% óptima. Carga social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el 66,7% es regular y el 33,3% deficiente.

La tabla N°18, permite relacionar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Para el grupo de pacientes con calidad de vida óptima, el 9,5% no existe adherencia al tratamiento, y el 4,8% tuvo regular adherencia al tratamiento. Y para el grupo de calidad de vida regular, el 76,2% no existe adherencia al tratamiento y el 9,5% tuvo regular adherencia.

Los resultados del presente estudio en los que refiere a situación sociodemográfica, guarda cierta relación con García Bustamante Noemí Antonia, Saavedra Huanuiri Karen Jannyne. (2013). En cuanto a edad, grado de instrucción, sexo, difiere en tiempo de enfermedad en relación a la población en estudio.

La edad que predomina el grupo de adulto mayor, que se caracteriza porque el individuo a esa edad se considera que alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico.

Referente al grado de instrucción prima el nivel de secundaria, lo que significa que por su grado de instrucción las probabilidades de tener más facilidad en el aprendizaje de sus cuidados y adherencia al tratamiento. El ingreso económico es bajo, no les alcanza para cubrir los gastos de su tratamiento; siendo este un gran problema debido a que es una enfermedad crónica que conlleva a altos costos para el paciente y familia.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 50% entre ambos sexos presentan sobrepeso. Al respecto Connell (20049, refiere las persona con sobrepeso u obesidad están más predispuestas a enfermedades como dislipidemias, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Los valores normales oscilan entre (60-100 mg/dl). La mayoría de los pacientes diabéticos, presentan una glucosa en ayunas entre 111 y 139 mg/dl no encontrándose dentro de los valores normales y que pueden ser causados por una inadecuada alimentación, falta de ejercicios, estrés, entre otro.

La Relación entre Adherencia al Tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, esta en términos generales no existe. Según Alfonso Villalobos, la adherencia al tratamiento de la diabetes constituye uno de los factores más importantes para lograr el adecuado mantenimiento de la salud, los pacientes diabéticos requieren de cuidado médico continuo junto con una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, potenciar la calidad de vida que se ve afectada por la enfermedad. Por lo tanto cuando las personas cumplen de manera adecuada con su tratamiento indicado, permite que la persona pueda controlar su enfermedad, reduciendo los riesgos de padecer complicaciones propias de la enfermedad que afecten su calidad de vida.

Y de acuerdo a las dimensiones, estas alcanzan un calificativo por encima de regular. La regular adherencia al tratamiento que se muestra de acuerdo a las características del tratamiento, están dadas porque los pacientes en su mayoría no realizan ningún tipo de ejercicios no cumpliendo con parte del tratamiento indicado, teniendo en cuenta que el ejercicio sirve como un factor hipoglicemiante que previene futuros daños en los pacientes diabéticos.

La dimensión interpersonales con el equipo de salud, llama la atención porque alcanza el calificativo de buena a muy buena. Las relaciones interpersonales que se establecen entre el equipo de salud y el paciente influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; esto implica que el paciente va a tener más confianza en comunicar tal cual está llevando su tratamiento, así como asistir las veces que el personal lo cite y a preguntar sin ningún temor las veces que tenga alguna duda. Si bien las relaciones interpersonales con el personal de salud son óptimas, no todos los pacientes reciben atención por parte de todo el equipo de salud, es decir la mayoría de pacientes entrevistados refieren no haber recibido atención por parte de los profesionales de enfermería pero se hace necesario el soporte psicológico, lo que ayudaría al paciente una adherencia a todas las dimensiones.

Según la dimensión dependiente, el paciente no presenta adherencia al tratamiento, debido a que el mayor número de ellos no cuenta con el ingreso económico suficiente para poder costear todos los gastos de su tratamiento, esto incluye exámenes de laboratorio, consultas médicas, pastillas hipoglicemiantes y/o insulina que generalmente son administrados diariamente.

En relación a la variable Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 es regular. **Árcega** (2005), refiere para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como es en la dimensión psicológica, social y física. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como “calidad de vida”.

Las dimensión psicología de la calidad de los pacientes diabéticos se encuentra regularmente afectada por la ansiedad y la preocupación que muestra el paciente, la dimensión social de la calidad de vida no resulta ser afectada, debido a que la enfermedad no obstaculiza las relaciones interpersonales con las personas como su familia y entorno, en cuanto a la dimensión física, la movilidad y vitalidad y/o energía del paciente se encuentran regularmente afectada, ya que ha medida que aumenta el tiempo de enfermedad las personas van perdiendo la vitalidad que tenían en un inicio de la enfermedad.

Referente a las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida ambas variables tienen relación significativa según el programa estadístico de chi cuadrado, arroja una frecuencia menor a 5, al comparar con la hipótesis de estudio, esta se cumplió como fue programada

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Según la prueba estadística de Chi.- Cuadrado se determinó que existe relación directa entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentan una regular adherencia al tratamiento.

La adherencia relaciones interpersonales que se establece entre el paciente y el equipo de salud, es la dimensión que presenta mayor adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento en su dimensión dependiente del paciente, es la dimensión que presenta menor adherencia al tratamiento.

La mayoría de pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Apoyo II de Sullana, consideran tener una regular calidad de vida.

Al contrastar la hipótesis con los resultados obtenidos en el presente estudio esta guarda relación con lo planteado en el proyecto.

5.2 RECOMENDACIONES

El Profesional de Enfermería debe plantear propuestas de atención al paciente diabético involucrando a todo el equipo de salud a fin de favorecer la adherencia al tratamiento.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios quien me guía por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan día a día, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad y no desfallecer en el intento.

Dedicado a mis padres, esposo e hijas; por su apoyo brindado para la realización de mi tesis.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a la Universidad San Pedro por permitirme formar parte de ella y abrirme sus puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera elegida, así también agradecer a los diferentes docentes que me brindaron de sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

A la Dra. Juana Arrestegui Alcántara, quien motivo a la realización y ejecución de mi tesis, a mis padres, esposo, e hijas por brindarme su comprensión, apoyo en cada momento para presentar mi tesis

REFERENCIAS

- Araneda, M. (2009), *Adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 1*.
- Árcega, A. (2005). *Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. México*
- Camarillo, V. (2012). *Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos mediante la medición de hemoglobina glucosilada, y su relación con el uso de terapias alternativas, en pacientes diabéticos adscritos a la unidad de Medicina Familiar, del IMSS, de Xalapa*
- Connell, S. y Bare, B., (2014) *Brunner y Suddarth Enfermería Médico Quirúrgica*. 10a Edición. Editorial Interamericana. España
- Corbacho, K., Palacios, N. (2009) *Conocimientos y Practica de estilos de vidas en pacientes con diabetes mellitus Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima Perú*.
- Dávila, R., García, N., Saavedra, K. (2013). *Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos*.
- Garmendia, F. (2009) *Complicaciones agudas de la diabetes mellitus*. Diagnóstico. Vol.39 N0 2. Perú
- Giacaman, J. (2010) *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de ANCUD Chile*.
- Hoyos, T., Arteaga, M. y Muñoz, M. (2011) *Factores para no adherencia al tratamiento de personas con diabetes mellitus tipo 2, desde la visión del cuidador familiar. Medellin Colombia*.

Kosier, B. (2008) *Fundamentos de Enfermería*. 5ta Edición. México.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), (2008) *Norma técnica para la adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA - en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*

Ministerio de Salud (MINS), (2006) *Reglamento de Ley N 28553. Ley General de Protección a las Personas con Diabetes*. Dirección General de Salud de las Personas. Perú.

Pace, E. y Ochoa, K, (2006) *El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de auto cuidado- Brasil*.

Sáenz, P. (2012) *Retinopatía diabética*". Diagnóstico. Vol.39 N0 1. Perú

Velandia, A. y Rivera, L. (2009). *Relación existente entre la agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos del hospital Tunjuelito Colombia*.

Veliz, M., Cárdenas, A. (2005). *Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2*. México.

ANEXOS

Anexo A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

I. Presentación:

Buenas días y/o buenas tardes.

Mi nombre es Sheila Sánchez Torres Bachiller en Enfermería de la USP Sullana , estoy realizando un estudio titulado “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II -2 SULLANA, AGOSTO - NOVIEMBRE 2017”. Por favor responda unos cuestionarios de información, esta información que Ud. nos proporcione, le aseguramos el anonimato. Se le ruega responder con la mayor sinceridad posible.

II.- Datos Generales:

Complete y marque con un aspa (x) según sea su caso:

Ficha N°: Fecha: Edad:

Sexo: F () M ()

Peso:.....Talla.....Presión
arterial.....Glucosa.....

Religión:

Católica () Evangélica () Otra () Especifique:

.....

En relación a su procedencia

En que parte de la comunidad vive:

.....

Su estado civil es:

Soltero () casado () viudo () Conviviente ()

Hasta que año estudió:

Primaria () Secundaria () Superior () No estudió ()

Su ocupación es:

Obrero () Empleado () Independiente () Jubilado () ama de casa ()

Su ingreso Económico Familiar mensual es:

a. Menor de s/ 850.0 b.- Mayor de S / 850.0 c.-

Especifique:.....

Tiempo que padece la enfermedad

.....

Tiempo que recibe tratamiento en el Programa de Diabetes:

.....

III.- CONTENIDO:

Marque con un aspa (x) según sea su caso:

1.- ¿Qué tipo de medicinas recibe?

- a.- Insulina () b.- hipoglicemiantes orales (pastillas) ()
C.-Insulina + pastillas () d.-no recibe medicinas ()

2.- ¿Cuántas veces al día?

- a.-1 () b.- 2 () c.- 3 () d.- más de 3 ()

3.- ¿Quién lo ayuda?

- a.- Familiar () b.- vecino () c.- personal de salud () d.- Nadie ()

4.- Durante la última semana ¿ha dejado de administrarse su medicina por alguna razón? Si su respuesta es no pase a la pregunta N° 6

- a) Sí, siempre () b) Más de la mitad de veces ()
c) Alguna vez () d) En ninguna ocasión ()

5.- ¿Cuál fue el motivo de no administrarse su medicina?

- a) Olvido () b) Dificultad de la hora () c) Dificultad para su aplicación ()
d) Falta de dinero () e) Creo que tiene muchos efectos negativos ()

6.- ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

- a) Mucho () b) poco () c) Nada ()

7.- ¿Cómo evalúa la explicación que recibe acerca de su tratamiento?

- a) Mala () b) Regular () c.- Buena ()

8.- Durante la última semana ¿qué comió usted más?

- a.- Frituras y harinas ()
b.- carnes, verduras y harinas ()

c.- Granos integrales como trigo y arroz integral. ()

d.- Harinas y dulces ()

9.- ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?

a)1 a 2 () b)3 a 5 () c) 6 a más ()

10.- Durante el último mes usted realizó algún tipo de ejercicios? Si su respuesta es no pase a la pregunta 12.

Si () No () ¿Cuál?

11.- ¿Cuántas veces a la semana?

a.-1-3 () b.-4-5 () 6-7() d.- No realiza ()

12.- ¿El dinero que tiene y/o gana, le alcanza para los gastos de su tratamiento?

a.- Si () b.- No ()

13.- ¿El costo de los exámenes auxiliares (glucosa, colesterol, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada) le son accesible para su bolsillo?

a.- Si () b.- No ()

14.- ¿Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud?

Escriba en los espacios en blancos como es su relación con el personal de salud según las alternativas mostradas. Señale: MUY BUENA, BUENA, REGULAR, MALA, NO RECIBIO ATENCION.

Médico:

Enfermera:

Psicóloga:

Asistente social:

Personal técnico:

Personal administrativo:

15.- ¿Qué es para usted buena atención?

.....

16.- ¿ Está contento con la atención que le brinda el personal de salud?.

Escriba en los espacios en blanco según las alternativas mostradas:

a) Si () b). No () c). No recibió atención ()

-Médico:.....

- Enfermera:.....

-Psicóloga:.....

-Asistente social:.....

Las siguientes preguntas se relacionan al grado de afectación que la Diabetes le ocasionó en su vida durante el último mes.

Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando con un aspa (x) el número que refleje mejor su grado de afectación según cada pregunta, tomando en cuenta que el número 1 indica que no le afecta en nada, al avanzar la numeración, aumenta progresivamente hasta llegar al máximo que es número 7, que indica que afecta totalmente su calidad de vida.

Si tuviera alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

- Durante el último mes ¿en qué medida se vio afectada su calidad de vida por las siguientes causas?

1.- El horario de los medicamentos para su diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

2.-Preocupaciones por problemas económicos

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

3.-Limitación en su nivel de energía (fuerzas)

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

4.-Seguir con su tratamiento indicado para la diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

5.-No comer ciertos alimentos (dulces, grasas, gaseosas) para poder controlar su enfermedad.

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

6.-Estar preocupado (a) por su futuro

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

7.- Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón, colesterol alto, otros)

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

8.-Tensiones o presiones de la vida

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

9.-Sensación de debilidad

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

10.-Restricciones sobre la distancia que puede caminar

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

11.-Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

12.-Visión borrosa o pérdida de visión

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

13.-No poder hacer lo que quiera

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

14.-Tener diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

15.-El aumento de su azúcar en sangre

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

16.- Otras enfermedades aparte de la diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

17.- Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar.

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

18.- El tiempo requerido para controlar su diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

19.-Las restricciones que su diabetes le impone a su familia y amigos

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

20.- La vergüenza producida por tener diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

21.- La interferencia de la diabetes en su vida sexual

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

22.-Sentirse triste o deprimido

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

23.- Problemas con respecto a su capacidad sexual

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

24.- Tener que estar controlando su diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

25.-Complicaciones debidas a su diabetes (ceguera, amputación de piernas, nefropatías, entre otros)

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

26.-Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

27.- Tener que llevar el control de sus niveles de azúcar en sangre

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

28.- La necesidad de tener que comer a intervalo regulares

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

29.- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

30.- Menor interés en su vida sexual

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

31.-Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

32.-Tener que descansar a menudo o seguido

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

33.-Problemas al subir las escaleras

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

34.-Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

35.-Tener el sueño intranquilo

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

36.- Andar más despacio que otras personas

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

37.-Ser identificado como diabético

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

38.- Interferencia de la diabetes con su vida familiar

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

39.-La diabetes en general

No me afecta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente me afecta
---------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-2 SULLANA, AGOSTO – NOVIEMBRE 2017” Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada señor/señora:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Sánchez Torres, Sheila Estefani

Autora del estudio