



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES –
DIABETES.HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELEN DE LAMBAYEQUE, 2016.**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería

AUTORAS

Bach. Enf CUSTODIO GONZALES ROSALIS

Bach. Enf SANTAMARIA DAMIAN LILY ROSSEL

Pimentel, julio 2016

**CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES –
DIABETES.HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELEN DE LAMBAYEQUE ,2016.**

Aprobación de tesis

Dra. Vallejos Sosa Tomasa
Asesora metodológica

Mg: Coronado Maco Juana Rosa
Asesor especialista

Mg: Perleche de Quepuy Gladys del
Rosario

Presidente del jurado

Mg: Pardo Díaz Lila Josefina
Miembro del jurado

Mg: Coronado Maco Juana Rosa
Vocal del jurado

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, salud y bendición; por ser la luz y fortaleza que guía mi camino cada día para alcanzar mis metas, enseñándome a enfrentar las adversidades y tropiezos de la vida y no desfallecer en el intento.

A mis padres: José y Ángela, quienes son mi inspiración y fuerza para luchar día a día y vencer toda barrera que se presente en el camino; quienes con su apoyo incondicional siempre me impulsaron a seguir el camino de la superación, con buenos valores, porque gracias a su sacrificio y abnegación me han brindado una profesión, para ser útil a la sociedad.

Lily Rossel

A mis padres: Norma y Enrique por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su inmenso amor.

También va dedicado para ti amor que has sido el impulso de toda mi carrera y uno de los principales pilares para la culminación de la misma, que con tu apoyo constante y amor incondicional has sido amigo y compañero inseparable fuente de sabiduría calma y consejo en todo momento.

Rosalís

AGRADECIMIENTO

A Dios quien ha forjado nuestro camino y nos ha dirigido por el sendero correcto y a nuestros padres, que siempre nos dan su apoyo

incondicional, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años

De igual manera un agradecimiento profundo a los pacientes que formaron parte de nuestra investigación, por su generosidad y

paciencia que respondieron a las entrevistas y encuestas con la intención de favorecer a futuros pacientes.

A nuestra asesora Erika Angulo Angulo por su paciencia y amistad brindada durante el desarrollo de este proyecto, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa del mismo, a lo largo de estos meses.

Las autoras INDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v

Índice grafico.....	vi
Resumen.....	vii
Abstrac.....	viii
Introducción.....	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Delimitación de la investigación	5
1.4 Justificación e importancia	6
1.5 Limitaciones de la investigación	7
1.6 Objetivos de la investigación.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1Antecedentes de estudios.....	9
2.2Sistemas teórico conceptuales.....	12
2.3Definición de términos básicos.....	39
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	41
3.1.Tipo y diseño de investigación	41
3. 2.Población y muestra	
.....	42
3.3. Hipótesis.....	44
3.4. Variables.....	45
3.5. Operacionalización.....	45
3. 6.Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de	
datos.....	57
3.6.1.Abordaje metodológico.....	57
3.6.2.Técnicas de recolección de datos.....	57
3.6. 3.Instrumentos de recolección de datos.....	57
3.7. Procesamiento de recolección de datos.....	59
3.8. Análisis estadísticos e interpretación de datos.....	60
3.9. Criterios éticos.....	61
3.10. Criterios de rigor científico.....	61
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS	
RESULTADOS.....	63
4.1 Resultados en tablas y gráficos	63
4.2 Discusión de los resultados	73
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
5.1 Conclusiones	83
5.2 Recomendaciones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	95
Anexo 1.....	95
Anexo 2.....	98
Anexo 3.....	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº Pág.	
1.	Edad según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. 63
2.	Grado de instrucción de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. 64
3.	Calidad de vida según sus dimensiones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes 65 .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.
4.	Calidad de vida de los de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016. 66
5.	Nivel socioeconómico en relación a su adherencia al tratamiento de los 67 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
6.	Apoyo familiar en relación a su adherencia al tratamiento de los pacientes con 68 diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
7.	Adherencia al tratamiento en relación al control y tratamiento médico de los 69 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.
8.	Adherencia al tratamiento según la dieta de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes 70 .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

9. Adherencia al tratamiento de los de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 71 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

10. Relación entre Calidad de Vida y Adherencia al tratamiento de los de los 72 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es un problema de salud alarmante, siendo la principal causa de enfermedad y muerte temprana en los adultos ¹; alterando su funcionamiento físico y biopsicosocial; afectando su calidad de vida. El propósito fue difundir los resultados para que sirva de referencia a futuras investigaciones y a través de un equipo multidisciplinario incorporar medidas preventivas y cuidados oportunos; teniendo como objetivo: Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles- Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2016. La metodología fue de tipo cuantitativa transversal - descriptiva – correlacional. La población muestral estuvo conformada por 46 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, quienes se les aplicaron el cuestionario D-39 y DM2-Versión III. Los resultados mostraron regular calidad de vida en un 50.03% (23) con una regular adherencia al tratamiento representado por el 42.87%(22). Según la correlación de $P=0.01 < 0.05$, se encontró que la calidad de vida presenta una relación positiva con la adherencia al tratamiento. En conclusión; la mayoría los pacientes mostraron tener una regular calidad de vida, influida por el funcionamiento sexual, seguida de la dimensión carga social y ejercicio físico. En cuanto a la adherencia la más afectada fue el control y tratamiento médico continuado por el deficiente apoyo familiar; esto nos indica que en

la medida que el adulto asuma con mejor calidad de vida su bienestar biopsicosocial tendrá una mejor adherencia terapéutica.

Palabras claves: Calidad de Vida, Adherencia al Tratamiento, Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRAC

Diabetes Mellitus is an alarming health problem, being the leading cause of disease and early death in adults ¹; altering their physical and biopsychosocial functioning; affecting their quality of life. The purpose was to disseminate the results as a reference for future research and through a multidisciplinary team incorporating preventive measures and timely care; aiming : To determine the quality of life and their relationship with adherence to treatment of patients with Type 2 Diabetes Mellitus Program Communicable Disease Diabetes Provincial not Teaching Hospital Bethlehem in Lambayeque 2016. The methodology was cross- quantitative type - descriptive - correlational. The sample population consisted of 46 patients who met the inclusion criteria who were applied a questionnaire D - 39 and DM2 - Version III . The results showed average quality of life in a 50.03 % (23) with a regular adherence 42.87 % represented by (22) .According correlation $P = 0.01 < 0.05$, it was found that the quality of life presents a positive relationship with adherence to treatment. n conclusion; most patients were shown to have a regular quality of life, influenced by sexual functioning , followed by the social burden dimension and physical exercise. As for the adhesion was affected control and treatment continued by poor family support;

this indicates that as the adult take better quality of life with their biopsychosocial welfare will have a better adherence

Key words: Quality of Life, Adherence to Treatment, Type 2 Diabetes Mellitus
INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, la cual se ha convertido en los últimos años en un problema de salud global y alarmante, siendo la principal causa de enfermedad y muerte temprana en los adultos. La Asociación Americana de Diabetes (ADA), la define como una alteración y/o desorden crónico metabólico caracterizado por niveles persistentes elevados de glucosa en la sangre como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina, debido a una incapacidad del páncreas para fabricar insulina en cantidades requeridas por el organismo¹

Las personas que padecen de diabetes tienen una esperanza de vida reducida; si no se controlan adecuadamente aumentan el riesgo de presentar complicaciones¹. En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma.

A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados,

mientras que los varones suman 14,148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%)⁴. La población del departamento de Lambayeque menores de 60 años en el 2013 equivale a: 123,596 habitantes de los cuales el 25 -30% es decir 2688-3225 sujetos padecen de Diabetes Mellitus ⁵.

El Hospital Docente Belén de Lambayeque, actualmente tiene registrados a 101 pacientes con Diabetes Mellitus ; de los cuales sólo 46 de ellos cumplieron los criterios de inclusión para dicha investigación ; cuyas edades fluctúan entre los 40-80 años ,predominando las mujeres ;dicho programa está a cargo de un equipo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería debe cumplir diariamente una importante labor en la educación diabetológica haciendo un continuo seguimiento a los controles periódicos de los pacientes para la prevención e identificación de sus posibles complicaciones⁵.

El objetivo general del estudio fué Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles- Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2016.

La presente investigación es muy relevante para mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y a través de un equipo profesional multidisciplinario, trabajar coordinadamente e incorporar medidas preventivas y cuidados oportunos en la adherencia al tratamiento y su calidad de vida del paciente con diabetes mellitus; así mismo sensibilizar al profesional de salud a trabajar más en la prevención a complicaciones mayores, Impartir educación diabetológica al paciente y familia para mejor la calidad de vida, logrando así

manejar estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al manejo efectivo del régimen terapéutico del paciente diabético.

Los resultados mostraron una regular calidad de vida en un 50.03% (23) con una regular adherencia al tratamiento representado por el 42.87%(22) en los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten a la Programa de Enfermedades no Transmisibles- Diabetes; las recomendaciones en base al análisis de los resultados fueron: Desarrollar programas con personal especializado en educación diabetológica donde la atención del paciente debe ser integral, individualizada e involucrar de manera activa a personas más cercanas al paciente para que con su colaboración contribuyan al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia al tratamiento farmacológico ; por ende se implica una participación mucho más activa y eficiente por parte del profesional de enfermería en conjunto con el equipo de salud dentro del programa a fin de integrar al paciente ,adquirir responsabilidad de su propio autocuidado optando por una mejor calidad de vida.

El presente estudio consta de seis capítulos de los cuales el Capítulo I: Problema de Investigación comprende la Situación problemática, Formulación del problema, Delimitación de la Investigación, Justificación e importancia, Limitaciones de la investigación, Objetivos de la investigación; Capítulo II: Marco Teórico presenta Antecedentes de estudios, Base teórica científica, Definición de términos básicos; Capítulo III: Marco Metodológico comprende Tipo y diseño de investigación ,Población y Muestra, Hipótesis, Variables, Operacionalización, Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos que incluye :Abordaje metodológico, Técnicas de recolección de datos e Instrumentos

de recolección de datos; Procedimiento para la recolección de datos, Análisis estadístico e interpretación de los datos , Principios éticos , Criterios de rigor científico ; Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados que contiene Resultados en tablas y gráficos y Discusión de resultados; Capítulo V : Propuesta de investigación ;Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones .Por último se presenta las Referencia bibliográficas y los Anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, caracterizada por un desorden metabólico, la cual se ha convertido en los últimos años en un problema de salud global y alarmante, siendo la principal causa de enfermedad y muerte temprana en los adultos. La Asociación Americana de Diabetes (ADA), la define como una alteración y/o desorden crónico metabólico caracterizado por niveles persistentes elevados de glucosa en la sangre como consecuencia de una alteración en la secreción o acción de la insulina, debido a una incapacidad del páncreas para fabricar insulina en cantidades requeridas por el organismo¹.

Además está relacionada a un incremento del riesgo de muerte prematura, debido a que está asociada a un mayor riesgo de enfermar de algún tipo de afección cardiovascular, padecer ceguera, insuficiencia renal y/o amputación de miembros inferiores entre otros. Las personas que padecen de diabetes tienen una esperanza de vida reducida; si no se controlan adecuadamente aumentan el riesgo de presentar complicaciones¹.

En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma. Por otro lado, a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incrementará a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del

mundo². Prueba de ello es que en Estados Unidos, se diagnostican anualmente 800,000 nuevos casos siendo frecuente en ancianos, pues más del 50% de las personas mayores de 65 años padece algún grado de intolerancia a la glucosa. En América Latina y el Caribe se estima que 19 millones de personas padecen de Diabetes y que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 40 millones³.

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27,453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%)⁴. La población del departamento de Lambayeque menores de 60 años en el 2013 equivale a: 123,596 habitantes de los cuales el 25 -30% es decir 2688-3225 sujetos padecen de Diabetes Mellitus⁵.

Esta situación también se presentó de manera concreta en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, en el 2014 se atendieron 93 personas, con diabetes cuyas edades fluctuaron entre los 33 y 60 años; predominando las mujeres. La morbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus tipo II y los pacientes que presentaban más daño de órgano fallecieron por la falta de adherencia al tratamiento, según lo reportó el Jefe del área de epidemiología de este hospital⁵.

Actualmente esta institución tiene registrados a 101 pacientes que asisten regularmente de forma mensual al Programa de Enfermedades no transmisibles –

Diabetes. El 99% de ellos presenta Diabetes Mellitus tipo 2; dicho programa está a cargo de un equipo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería debe cumplir diariamente una importante labor en la educación diabetológica haciendo un continuo seguimiento a los controles periódicos de los pacientes para la prevención e identificación de sus posibles complicaciones; y ser derivadas a especialistas para una atención oportuna. A estos pacientes con frecuencia se le realiza exámenes, así mismo se les brinda orientación sobre la dieta, ejercicios, tratamiento farmacológico entre otros aspectos dirigidos según sus estilos de vida⁵.

Sin embargo, los pacientes diabéticos manifestaron tener ciertos temores a las complicaciones que puedan presentarse con el tiempo, como por ejemplo el pie diabético y la pérdida de visión; además refieren sentirse mucho más débiles que al inicio del diagnóstico de su enfermedad, es decir les preocupa su calidad de vida. Según la OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; está influenciado por la salud física, estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno ⁶.

Para el autocuidado del paciente con diabetes es necesario que se ponga en práctica un cuidado holístico basados en los cuatro pilares que sustenta la Asociación Americana de Diabetes (ADA) los cuales son:

Educación diabetológica, dietoterapia, terapéutica medicamentosa y ejercicio físico; así mismo es necesario educar en el cuidado exhaustivo de los pies. La educación diabetológica que es la base fundamental del tratamiento debe ser una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud⁷. Es imprescindible, tanto para el paciente como también para la familia aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobretodo, modificar el comportamiento; sin embargo, la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales.

La diabetes mellitus genera una serie de cambios en la calidad de vida de las personas; reflejados tanto en los estilos de vida, como a nivel físico, económico, psicológico, social, entre otros, y que tienen que ser afrontados por el paciente diabético a fin de controlar los factores que pueden desencadenar en complicaciones y retardar el proceso de recuperación. Por lo que implica una evaluación constante y modificación de los planes de tratamiento por profesionales de la salud y ajustes diarios por el paciente. Si bien el equipo de salud dirige el tratamiento, es el paciente quien debe poner en práctica un complejo régimen terapéutico que determinará su grado de adherencia al tratamiento; considerando que la adhesión al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de las personas ⁷.

Por tanto la OMS definió adherencia al tratamiento como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las

recomendaciones acordadas con el profesional sanitario⁸. Es así que, los pacientes con Diabetes Mellitus requieren de un cuidado médico continuo, pero, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida⁷.

Frente a lo expuesto surgieron algunas interrogantes: El paciente diabético tiene control de su enfermedad?, ¿Estará recibiendo la adecuada educación para su tratamiento?, ¿Existe adherencia al tratamiento por parte del paciente diabético? ¿Qué consecuencias hay en la calidad de vida a la no adherencia del tratamiento?

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016?

1.2. Delimitación de la Investigación

La presente investigación fué realizada en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; en el Programa de Enfermedades no Transmisible – Diabetes donde se tienen registrados 101 pacientes de los cuales solo se trabajó con 46 de ellos por cumplir con los criterios de inclusión. Esta investigación tuvo un periodo de duración de un año desde la realización del proyecto hasta el desarrollo

del mismo, con respecto al desarrollo se trabajó visitando el programa dos veces a la semana, con una intervención para cada paciente de 15 minutos.

1.3. Justificación e importancia de la investigación

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública debido a que su prevalencia e incidencia están en incremento⁹. Hoy en día es considerada como una epidemia mundial, por la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por su alto costo social, familiar y económico¹⁰. Esta enfermedad constituye un desorden metabólico resultado de la deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de su acción, o de ambas¹¹. Como consecuencia, en la diabetes mellitus, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y a largo plazo complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal. Además, impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente¹¹.

Esta enfermedad no se puede curar, pero sí controlar y reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo. El tratamiento que recibe el paciente diabético es con frecuencia, complejo, costoso y difícil de seguir por sus efectos secundarios que modifican la calidad de vida de quienes la padecen; alterando su funcionamiento físico y biopsicosocial del individuo. Por ello en los últimos años se ha prestado una atención especial a la adherencia al tratamiento en el control de la diabetes, teniendo en cuenta qué interfiere y qué la favorece.

La presente investigación es muy relevante para mejorar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud y a través de un equipo profesional

multidisciplinario, trabajar coordinadamente e incorporar medidas preventivas y cuidados oportunos en la adherencia al tratamiento y la relación de la calidad de vida al paciente con diabetes mellitus; así mismo sensibilizar al profesional de salud a trabajar más en la prevención a complicaciones mayores, Impartir educación diabetológica al paciente y familia para mejorar la calidad de vida, logrando así manejar estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al manejo efectivo del régimen terapéutico del paciente diabético.

Además la presente investigación servirá como base de estudios sucesivos y de estímulos para los profesionales de la salud, como enfermeras, nutricionistas y otros que están encargados de llevar los programas educacionales y de esta manera brindar al grupo etario con esta afección un cuidado humanizado a fin de mejorar su calidad de vida.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las dificultades presentadas para la realización de esta investigación fué que no se logró trabajar con los 98 pacientes que tenían Diabetes Mellitus tipo 2 por no cumplir nuestros criterios de inclusión, debido a que no asistían oportunamente a su control, se tuvo que realizar un seguimiento a su domicilio para poder invitarlos al programa, otro obstáculo fue que algunos pacientes niegan tener dicha enfermedad impidiéndonos trabajar con ellos.

1.6. Objetivos

Objetivo general:

Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles- Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2016.

Objetivos específicos

Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque,2016.

Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del al Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios Antecedentes:

Internacionales

Giacaman J¹², en el 2010 en Chile, realizó un estudio sobre “Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2 en el Hospital de Ancud”, teniendo como objetivo: Describir la adherencia al régimen terapéutico antidiabético. Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. La muestra corresponde a 90 pacientes insertos en el Programa de Salud del Hospital de Ancud, escogidos según ciertos criterios de inclusión, llegando a la conclusión que la adherencia al tratamiento antidiabético está dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento significativo en la adherencia y que hace que ésta sea una tarea muy compleja de resolver.

López J, Rodríguez R¹³, en el 2010 en México, realizaron un estudio sobre “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”, teniendo como objetivo: Adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide calidad de vida, en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. El método que utilizaron fué descriptivo de corte transversal, llegando a la conclusión que la versión adaptada en idioma español de Diabetes 39 es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM-2.

Villalobos A, Pérez JC, Sáenz BD¹⁴, en el 2010 en Costa Rica, realizaron un estudio titulado “Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II - versión III (EATDM-III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica”; teniendo como objetivo: Medir factores psicológicos y socio ambientales vinculados con el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, a través de pruebas psicométricas. El método de estudio fué de tipo correlacional cuantitativo; las conclusiones del presente estudio fueron que la escala EATDM-III muestra ser un instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. 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

Nacionales

Ramos S¹⁵, en el 2012 en Lima, en su estudio titulado “Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Lima 2012”, el cual tuvo como objetivo; determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Realizó un estudio de casos y controles retrospectivo analítico y transversal llegando a la principal conclusión en la que se evidenció una diferencia significativa en la adherencia al tratamiento entre los pacientes que acudieron a las charlas educativas sobre diabetes en un (51.6 %) frente al grupo de pacientes que no acudieron a las charlas educativas sobre diabetes (13.3 por ciento).

Portilla A¹⁶, en el 2011 en Perú, realizó un estudio sobre “Calidad de vida y Autoconcepto en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con y sin adherencia al tratamiento del Hospital FAP”, teniendo como objetivo: Establecer las diferencias en la Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Se utilizó un diseño descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2. Se concluyó que según la adherencia al tratamiento se encuentra diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto.

Pebes A¹⁷, en el 2010 en Ica realizó un estudio “Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el hospital regional de Ica, 2010”, teniendo como objetivo: Determinar la relación que existe entre el Control Preventivo de la Enfermedad y la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se utilizó un diseño descriptivo – correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de ambos sexos. Por consiguiente concluimos que el control preventivo de la diabetes mellitus tipo 2 está relacionada con la calidad de vida de los pacientes, es decir si existe mejor control y tratamiento de la enfermedad, el autocuidado con cumplimiento del cuidado de la vista, los pies, cuidado dietético y ejercicios mejorará la calidad de vida de los pacientes que cursan esta enfermedad.

Locales

Aún no se han publicado investigaciones a nivel local.

2.2 Sistemas teórico científicas

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 ¹³. Está relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo y la última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸, 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.

Mientras que Gaspar¹⁹. Define calidad de vida como 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.

Por su parte Fernández ²⁰. Sostiene que la calidad de vida vincula factores objetivos y subjetivos relacionados con el proyecto personal de vida de cada uno de nosotros, por tanto su medición implica tomar en cuenta aspectos subjetivos y objetivos que deberán relacionarse armónicamente cuando se quieren alcanzar metas realizables sensatas y viables.

Dimensiones de la Calidad de Vida

Las dimensiones permiten definir de modo operativo el concepto de calidad de vida los cuales están definidos por sus respectivos indicadores. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida ²¹.

Según Schalock y Verdugo ²¹. Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una. Este concepto queda definido en 8 dimensiones:

Dimensión de Bienestar emocional ;que tiene en cuenta los sentimientos como las satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión

Dimensión de relaciones personales; a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia,) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes.

Dimensión de Bienestar material; que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria.

Dimensión de Desarrollo personal; que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación.

Dimensión de Bienestar físico; desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc., tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal.

Dimensión de autodeterminación; que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones.

Dimensión de Inclusión social; valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si sus amigos es amplia o limitada, sí utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social

Dimensión de la Defensa los derechos; que contempla el derecho a la Intimidad el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía.

Instrumentos para valorar la calidad de vida en pacientes diabéticos

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes diabéticos, 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 médica²².

La valoración de la CVRS en los enfermos diabéticos ha sido abordada por diferentes autores, a partir de instrumentos genéricos como específicos. Los instrumentos genéricos se utilizan para evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones; en cambio, los instrumentos específicos tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes ²³. Los instrumentos

que suelen emplearse para medir, son los cuestionarios, que son herramientas dinámicas, pues están en continuo proceso de desarrollo, mejora y validación; para valorar el impacto específico de la diabetes tenemos:

(D-39) Diabetes 39: Es un instrumento, elaborada en los EUA por Boycer, compuesta por 39 ítems que evalúan la CVRS en relación a cinco dominios de la vida del paciente diabético: Energía y movilidad (15 ítems), control de la diabetes (12 ítems), ansiedad y preocupación (4 ítems), sobrecarga social (5 ítems) y funcionamiento sexual (3 ítems)²⁴.

El instrumento puede ser aplicado a un amplio grupo de pacientes, sin restricciones ligadas al sexo, edad, nivel de educación, nivel de salud. Cada ítem es calculado a partir de la evaluación hecha por el propio paciente con DM, con relación a su calidad de vida - cuanto fué afectada durante el último mes por acción o actividad que expresa cada ítem - colocando una "X" en una escala que se presenta como una línea continua, con marcas verticales que delimitan espacios en los cuales se identifica los números de 1 a 7, en que, en las escalas de valores, el número 1 representa la calidad de vida que no fué afectada en nada, en absoluto, y el número 7, extremadamente afectada.

Factores que determinan la adherencia al tratamiento

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas²⁵:

La relación médico-paciente: Incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento.

El paciente y su entorno: Destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud .Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; como también, la supervisión y el soporte socio familiar.

La enfermedad: Se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo.

El tratamiento: Incluye el grado de cambio en los comportamientos que exige, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o si exige pautas nuevas de comportamiento, se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también

cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables.

Programa nacional de prevención y control de la diabetes

Es el conjunto de procesos y acciones orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas con Diabetes o en riesgo de Diabetes con su participación activa así como de la familia y comunidad, reducir el impacto individual, social y económico de esta enfermedad en el país ²⁶.

La misión del Programa de Diabetes según la OMS es prevenir esta enfermedad siempre que sea posible y, cuando no lo sea, reducir al mínimo sus complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Los Programas Nacionales de Diabetes son una estrategia probada y experimentada para organizar un enfoque eficaz y coherente que mejore los resultados de la prevención y el tratamiento de la diabetes. Pueden ser relativamente sencillos o altamente detallados, dependiendo de las necesidades locales y los recursos disponibles²⁷. Los elementos fundamentales de un programa nacional e integral contra la diabetes son:

Prevención primaria: Prevenir el desarrollo de factores de riesgo

Prevención secundaria: Prevenir el desarrollo de diabetes.

Prevención terciaria: Prevenir el desarrollo de complicaciones mediante el diagnóstico precoz y la monitorización eficaz, el tratamiento y la atención a las personas con diabetes.

Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina ²⁸.

Enfermedad que se caracteriza por un déficit absoluto o relativo de la secreción de insulina, lo cual implica una deficiencia para metabolizar la glucosa, aumentando ésta en sangre y apareciendo hiperglucemia (glucemia basal superior a 120 mg/dl.) y glucosuria, si la glucemia supera 180mg/dl ²⁹.

Clasificación de la diabetes mellitus:

La glucorregulación es un complejo proceso fisiológico en el que fallas a diferentes niveles conducen finalmente a una hiperglucemia. Actualmente se han acumulado nuevos conocimientos donde se han identificado defectos a nivel de células, tejidos o funciones que están relacionados con la expresión de la enfermedad. Esto ha dado lugar a la aparición de nuevas propuestas para clasificar la diabetes mellitus. Recientemente, el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes y de la Organización Mundial de la salud lo clasifican en 3 grupos ³⁰.

Diabetes gestacional: Es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo ³¹.

Diabetes mellitus tipo 1: Trastorno metabólico caracterizado por la nula producción y secreción de insulina, por destrucción autoinmunitaria de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas ³¹.

Diabetes tipo 2: Alteración metabólica caracterizada por la deficiencia relativa de producción de insulina y menor actividad de la hormona, así como mayor resistencia a sus efectos ³¹. Por lo cual nos enfocaremos en la diabetes tipo 2

Manifestaciones clínicas:

Poliuria: Debido a que el agua sigue a la glucosa que se pierde en la orina.

Polidipsia: Causada por elevado volumen urinario y la pérdida de agua, lo que conduce a la deshidratación extracelular porque el agua se difunde desde el interior de las células en favor del gradiente de concentración y hasta el plasma hipertónico (muy concentrado). La deshidratación intracelular estimula la liberación de hormona antidiuréticas (ADH vasopresina) y causa sed.

Polifagia: Causada por el catabolismo crónico de grasa y proteína así como por la inanición celular relativa. A menudo hay pérdida sino se inicia el tratamiento.

Pérdida de peso inexplicable

Fatiga y debilidad muscular por el catabolismo de la proteína muscular y la incapacidad de la mayoría de las células de usar glucosa como fuente energética.

Pueden presentar náuseas y vómitos intensos ³². Los sujetos con diabetes tipo dos a menudo se presentan con uno o dos síntomas inespecíficos que incluyen los siguientes.

Aumento de la tasa de infecciones por incremento de la concentración de glucosa en las secreciones mucosas, función inmunitaria deficiente y disminución del flujo sanguíneo.

Cambios visuales secundarios a la modificación en el equilibrio del agua, o en los casos más graves daños retinianos.

Parestesia o alteraciones en la sensibilidad.

Candidiasis vaginal, por el aumento de la concentración de glucosa en las secreciones vaginales y la orina y por la disfunción inmunitaria. La candidiasis causa prurito y secreción vaginal. Las infecciones vaginales son un trastorno frecuente en mujeres con diabetes insospechada.

Es posible la atrofia muscular, ya que la proteína muscular se degrada para cubrir las necesidades energéticas del cuerpo ³²

Fisiopatología:

La diabetes mellitus tipo 2 está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula β pancreática. Para vencer la RI, la célula β inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula β pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados post-prandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2 ³³.

Resistencia a la insulina

La RI es un fenómeno fisiopatológico en el cual, para una concentración dada de insulina, no se logra una reducción adecuada de los niveles de glucemia. Debido a su relación con la obesidad, por definición todo obeso debería tener RI, salvo que sea “metabólicamente sano”, como puede suceder en aquellos pacientes que realizan ejercicio con frecuencia³³.

Factores de riesgo:

IMC (Índice de masa corporal) mayor o igual a 25kg/m²

Circunferencia de la cintura mayor o igual a: 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre

Familiares diabéticos en primer grado de consanguinidad.

Antecedentes obstétricos de Diabetes Mellitus gestacional y/o de hijo macroscópicos (peso al nacer mayor de 4 kilos)

Menor de 50 años con enfermedad coronaria. Hipertenso con otro factor de riesgo asociado.

Triglicéridos mayores de 150 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl. Alteración previa de la glucosa ³⁴.

Herramientas diagnósticas:

Según la OMS establece las siguientes pruebas diagnósticas:

Glucosa plasmática en ayunas. Esta prueba generalmente se realiza a primera hora en la mañana, antes del desayuno, y mide su nivel de glucosa en la sangre cuando está en ayunas. Ayunar significa no comer ni beber nada (excepto agua) por lo menos 8 horas antes del examen. Se diagnostica diabetes cuando:

Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta es una prueba de dos horas que mide su nivel de glucosa en la sangre antes de beber una bebida dulce especial y 2 horas después de tomarla. Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre a las 2 horas ≥ 200 mg/dl.

Prueba aleatoria (o casual) de glucosa plasmática. Esta prueba es un análisis de sangre en cualquier momento del día cuando tiene síntomas de diabetes severa. Se diagnostica diabetes cuando: Glucosa en la sangre ≥ 200 mg/dl ³⁴.

Tratamiento de la diabetes mellitus

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad, dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posible, en lo que abarca:

Educación diabetológica

Es un proceso participativo y estimulante donde las necesidades del paciente diabético y el equipo de salud convergen para que las respuestas permitan una correcta toma de decisiones, implica estar más allá de un nivel puramente informativo, pues debe lograr cambios de conducta los cuales juegan un papel determinante en la eficacia del tratamiento ³⁵.

Contenido de un programa completo de educación diabetológica

Concepto de diabetes, tipos, dieta y ejercicio físico, fármacos orales, insulinas y técnicas de inyección, objetivos del tratamiento, autocontrol, complicaciones de la diabetes y cuidado de los pies³⁶.

Los objetivos del programa de educación diabetológica se centran en:

Lograr disponer de una calidad de vida similar al de la persona no diabética, potenciando el autocuidado y la autonomía del paciente

Control de factores de riesgo, incluidos glucemia, lípidos, presión arterial, tabaquismo, alcohol y estrés a fin de conseguir una estabilidad metabólica, a corto y largo plazo, para prevenir complicaciones crónicas.

Promoción de hábitos de vida saludables: dieta, control del peso y ejercicio físico.

Manejo de complicaciones agudas y crónicas asociadas a la diabetes.

Lograr la plena integración socio laboral.

Disminuir los costes del tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.

Disminuir la tasa de morbi/mortalidad.

Tratamiento dietético

Es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria, debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial³⁶.

El objetivo general de la educación nutricional en las personas con diabetes, es proporcionarle conocimientos y recursos necesarios para modificar sus hábitos

alimenticios, de manera individualizada y acorde a las necesidades personales para mejorar su control metabólico y reducir las complicaciones³⁶.

Recomendaciones alimenticias generales para las personas con diabetes:

Se deben realizar de 4-6 comidas al día. Si no se tiene hambre, comer al menos los primeros platos siempre:

Desayuno: Puede incluir leche desnatada con pan, cereales.

Media mañana: Se recomienda una fruta o yogur

Comida: Compuesta de primer plato, segundo, (HC, proteínas) una fruta y pan.

Merienda: Un vaso de leche o yogur

Cena: Compuesta de primer plato, segundo, (HC, proteínas) una fruta y pan.

Alimentos recomendados para pacientes con diabetes

La Asociación Americana de la Diabetes ha seleccionado 10 alimentos como recomendables para pacientes con diabetes como son:

Las bayas: (arándanos, fresas, frambuesas y moras). Las bayas están cargadas de antioxidantes, vitamina C, potasio y fibra.

Frutas cítricas: Las naranjas, toronjas, limas y limones. Estos frutos están cargados de fibra soluble y vitamina C, buena para el control de la diabetes. La fibra soluble ayuda a regular tus niveles de glucosa en la sangre y la presión sanguínea.

Vegetales de hoja verde oscuro: Las espinacas, coles verdes o berzas y coles rizadas son bajísimas en contenido calórico y carbohidratos. Entre sus vitaminas se destacan la vitamina A, B2, B6, C, E y K.

Pescados ricos en ácidos grasos omega 3: Los ácidos grasos omega 3 se encuentran entre los llamados pescados azules: el salmón, el atún, la sardina, la trucha, la anchoa y el hígado de bacalao .Protegen del riesgo de afecciones cardíacas. Los ácidos grasos omega 3 ayudan a reducir la presión arterial, bajar los niveles de triglicéridos en la sangre y reducir las enfermedades coronarias.

Lácteos bajos en grasa: Por ser fuente de calcio. Muchos de los productos lácteos están enriquecidos con vitamina D para ayudar a la absorción de éste mineral. El consumo de vitamina D aumenta la función de las células productoras de insulina en pacientes pre-diabéticos y ayuda a mejorar los niveles de hemoglobina.

Tomates: Facilitan la curación de las heridas y ayudan a formar tejido cicatricial. La vitamina A ayuda a mejorar la visión y los trastornos oculares tales como la degeneración macular senil, el glaucoma y las cataratas.

Nueces: Ayudan al control de la glucosa y los lípidos en la sangre

Batata: La batata es un tubérculo rico en hidratos de carbono, por esto es un alimento de alto valor energético, con la ventaja de poseer un índice glucémico más bajo que el de la patata.

Alubias: Son altas en fibra, proteína, magnesio y potasio. Una taza de alubias contiene la cantidad de proteína equivalente a 60 gr. de carne sin las grasas saturadas que pueda tener la carne.

Granos integrales: El germen de trigo y el salvado que se encuentra en los granos sin refinar ofrecen magnesio, cromo, ácidos grasos omega 3 y ácido fólico. El intercambio de granos integrales en lugar de arroz blanco, podría reducir el riesgo de diabetes en un 36 por ciento.

Ejercicio físico

El ejercicio físico juega un destacado papel aumentando la captación de glucosa por el músculo, incluso cuando no se disminuye el peso, ayudando a mejorar el control metabólico³⁶. Además, actúa de manera favorable sobre otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la hiperlipemia y la hipertensión arterial. Se recomienda comenzar con ejercicios moderados como caminar o pedalear en bicicleta estática y posteriormente incrementar la intensidad.

Es importante para mejorar la sensibilidad a la insulina que el ejercicio se realice al menos 3 o 4 días por semana

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento farmacológico de la DM se dispone de insulina en sus distintas presentaciones y de antidiabéticos orales.

Fármacos hipoglucemiantes orales

Los fármacos hipoglucemiantes orales son el tratamiento primario para la Diabetes Mellitus tipo 2, aunque suele añadirse insulina cuando no puede controlarse la glucemia de forma adecuada con dos o más fármacos orales. Los fármacos hipoglucemiantes orales pueden aumentar la secreción de insulina pancreática (secretagogos), sensibilizar a los tejidos periféricos de la insulina (sensibilizadores) o alterar la absorción digestiva de glucosa³⁴. Los fármacos con mecanismos de acción diferentes pueden ser sinérgicos.

Las sulfonilureas (SU): Son secretagogos de la insulina: disminuyen la glucosa plasmática estimulando la secreción de insulina en los linfocitos β pancreáticos y pueden mejorar de forma secundaria la sensibilidad periférica y hepática de la insulina disminuyendo la toxicidad de la glucosa. Las sulfonilureas reducen tanto la glucosa en ayunas como la posprandial, y el tratamiento se debe iniciar con dosis bajas, incrementándolas a intervalos de una a dos semanas con base de autovigilancia: en general, aumentan la insulina de manera inmediata y por lo tanto deben tomarse poco antes de las comidas.

Todas las (SU) fomentan la hiperinsulinemia y la ganancia de peso de 2 a 5 kilos, lo que con el tiempo puede potenciar la resistencia a la insulina y limitar su utilidad. Estos fármacos, en especial los de acción prolongada, tienen el potencial de provocar hipoglucemia profunda y persistente, particularmente en ancianos .La hipoglucemia suele estar relacionada con retraso a las comidas, aumento de la actividad física, consumo de alcohol o insuficiencia renal .Los individuos que ingieren una sobredosis de estos fármacos presentan una hipoglucemia prolongada y grave y deben vigilarse de forma estrecha en el hospital.

Las biguanidas: Disminuyen la glucosa plasmática y reducen la producción de glucosa hepática (gluconeogemia y glucogenólisis) .Se considera sensibilizadores a la insulina periférica, pero su estimulación de la captación de glucosa por sus efectos hepáticos .Las biguanidas disminuyen los lípidos y también pueden disminuir la absorción digestiva de nutrientes aumentar la sensibilidad de los linfocitos β a la glucosa circulante y disminuir la concentración de plasminògeno que activa el inhibidor 1 y por lo tanto ejerce un efecto antitrombòtico , Metformina es la única biguanida disponible comercialmente en EE.UU , es al menos tan eficaz como las SU para disminuir la glucosa plasmática , no suele causar hipoglucemia y puede usarse con seguridad con otros fármacos e insulina .Además la Metformina no causa ganancia de peso e incluso puede fomentar la pérdida de peso al suprimir el apetito .Sin embargo , generalmente el fármaco produce efectos digestivos adversos como dispepsia , diarrea que en la mayoría de las personas desaparecen con el tiempo.

Las tiazolidinedionas (TZD), disminuyen la resistencia a la insulina, estimulan una redistribución de grasa, de sitios centrales a los periféricos. Estas ayudan a que la insulina funcione adecuadamente. De esta manera, la concentración sanguínea de glucosa permanece en los niveles recomendados y las células del cuerpo obtienen la energía que necesitan.

Las tiazolidinedionas también aumentan la concentración de LDL (colesterol), disminuyen los triglicéridos (HDL) y pueden tener efectos antiinflamatorios y antiescleróticos. Las TZD pueden causar edema periférico, sobre todo en pacientes que toman insulina y pueden empeorar insuficiencia cardíaca en los pacientes susceptibles. La ganancia de peso, debido al aumento de la masa del tejido adiposo, es común y puede ser considerable >10 kg en algunos pacientes.

Los inhibidores de la glucosidasa - a (acarbosea y miglitol), inhiben competitivamente las enzimas intestinales que hidrolizan los hidratos de carbono de la dieta; los hidratos de carbono se digieren y se absorben más despacio, disminuyen así la glucosa plasmática posprandial, y los pacientes suelen dejar de tomar el fármaco porque produce dispepsia, flatulencia y diarrea.

Insulinas

La insulina debe emplearse siempre en el tratamiento de la DM1, y en un número importante de diabéticos tipo 2, desde que comenzó a usarse en humanos en los años veinte. Es una proteína de 51 aminoácidos encuadrados en dos cadenas que hoy se obtiene por ingeniería genética³⁸. Existen diferentes preparados comerciales que se diferencian en las sustancias añadidas con objeto

de modificar sus características farmacocinéticas (comienzo, pico y duración de la acción). La insulina se puede administrar mediante jeringa, dispositivos tipo pluma o bombas de infusión continua.

Insulina humana regular de acción corta y de acción intermedia

La insulina Humana Regular, al ser inyectada en el espacio subcutáneo, no ingresa al torrente sanguíneo de inmediato (principio de disociación de la insulina), lo cual implica retardo en su acción, así al ser usada como insulina prandial (o bolo), para poder contrarrestar la hiperglucemia postprandial, en tiempo similar, requiere sea administrada 20 o 40 minutos antes de la comida.

Las insulinas Humanas de acción Intermedia: NPH y Lenta son usadas para aproximarse a la secreción basal. La insulina NPH, no es realmente una insulina “basal”, inicia su acción entre 40 a 60 minutos, con un “pico” hacia las 4-6 horas y una caída o “valle” cerca de las 8 a 10 horas, no mantiene el nivel (basal) constante, necesita al menos 2 inyecciones diarias, con riesgo de hiperglucemia en el ayuno (valle) e hipoglucemia en los picos, además con mucha variabilidad intra e ínter paciente.

La insulina Lenta es muy parecida a la anterior, pero con una duración efectiva de acción de aproximadamente 16 a 18h. Tienen la desventaja de que por la duración de su efecto, al superponerse con los picos de la insulina regular, puede inducir hipoglucemia postprandial tardía, con riesgo aumentado de hipoglucemia nocturna, si se administra a la hora de la cena y no antes de dormir.

Complicaciones:

Las complicaciones se dividen en:

a) *Complicaciones agudas:*

Coma diabético hiperosmolar: Es un estado en el cual la sangre tiene concentraciones altas de glucosa y sodio; el paciente cursa con una deshidratación severa ³⁹.

Los factores precipitantes son un evento estresante como las infecciones, el infarto de corazón, cirugías recientes y enfermedades cerebrovasculares, así como la insuficiencia cardíaca descompensada. Los síntomas iniciales son: Sed intensa, confusión, somnolencia, náuseas, debilidad, alteraciones del habla y si esto avanza hasta convulsiones y coma.

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 hipoglucemiantes orales, discreciones alimenticias, situaciones de emergencia, estrés (intervenciones quirúrgicas, traumatismos, eventos cardiovasculares), trastornos psiquiátricos, alergia insolita.

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.

Hipoglucemia: Es cuando el nivel de glucosa en sangre baja más de lo adecuado, es más comúnmente relacionada al uso de insulina, pero también se presenta en pacientes que utilizan medicamentos orales.

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 hipoglicemia 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.

b) Complicaciones crónicas:

Microangiopáticas: Se debe a un daño progresivo de los capilares, y afecta a dos lechos vasculares: Retina y Riñón. Evoluciona poco a poco y, en fases avanzadas, da lugar a fenómenos isquémicos con la consiguiente repercusión funcional del órgano afectado.

Retinopatía. Está causada por el deterioro progresivo de los vasos sanguíneos de la retina que puede dar lugar a una serie de complicaciones que derivan en la pérdida de visión.

Nefropatía: La hiperglucemia mantenida es nefrotóxica y produce daños en las nefronas (unidad funcional del riñón). Es mucho más frecuente en la DM II que en la DM I, por lo que el diagnóstico precoz en aquellos es fundamental para el mantenimiento de la función renal a largo plazo. Evoluciona a Insuficiencia Renal Crónica.

Neuropatía: Presenta una evolución lenta y los síntomas dependerán de los nervios afectados. Puede producirse en extremidades (síntomas de hormigueo), a nivel digestivo (dificultades de digestión), cardíaco (mareos, taquicardia), u otros.

Macroangiopáticas: En los pacientes diabéticos, la arteriosclerosis se produce mucho más rápido que en la población general, debido a la presencia simultánea de hiperglucemia y otros factores de riesgo como Hipertensión arterial, dislipemias, obesidad, sedentarismo y hábito tabáquico.

Cardiopatía isquémica: Los pacientes con Diabetes pueden desarrollar Infarto Agudo de Miocardio Silente, con lo que deberá sospecharse siempre que haya síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda (disnea de esfuerzo, de reposo, paroxística nocturna)

Enfermedad Cerebrovascular: La Diabetes aumenta el riesgo de Ictus.

Enfermedad Arterial Periférica: Se trata de una entidad en la que las arterias de las piernas o los brazos se obstruyen como consecuencia de un Trombo, con lo que el flujo sanguíneo se reduce, constituyendo una complicación grave que puede

llevar a la amputación del miembro si no es tratada a tiempo. Conocida como la “Enfermedad de los escaparates”, se caracteriza por cansancio, dolor y calambres de piernas, y es muy frecuente que aparezca en mayores que van dando un paseo y deben pararse a mirar un escaparate a causa de la claudicación de la pierna.

Pie Diabético: 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.

Base teórica

Teniendo en cuenta que el autocuidado es la aplicación ideal de una base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas, se cita a Dorotea Orem en su Teoría del Autocuidado; en la cual se plantean los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El Autocuidado, como

concepto básico de ésta teoría, es una actividad aprendida por todos los individuos durante la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar⁴⁰.

El autocuidado significa cuidarse uno mismo a través de las acciones que se realizan en beneficio de la propia salud. Enfermería enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud.

El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno.

Según Orem, “la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad se hace muy variable de una persona a otra, puesto que dependerá de muchas influencias, como el nivel de información de los grupos sociales, lo que predispone a la falta de control en el manejo de la enfermedad y poco interés en la prevención de posibles complicaciones.

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de autocuidado de Orem; para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente. De este modo, define el autocuidado como la práctica de

actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto

El personal de enfermería con la población de pacientes con diabetes, tiene énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad.

2.3. Definición de los términos básicos

Calidad de vida: Es un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de las personas en las que posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos ⁴¹.

Adherencia al tratamiento: Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud ⁴².

Diabetes mellitus: Es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por concentraciones elevadas de glucosa en sangre (hiperglucemia), consecuencia de alteraciones de la secreción, acción o ambas, de la insulina ⁴³.

Diabetes mellitus tipo 2: Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y deficiencia (no absoluta) de insulina⁵.

Programa de enfermedades no transmisibles: Es el conjunto de actividades orientadas a la prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de las personas que padecen diabetes, conformada por un equipo multidisciplinario especialista en la enfermedad y la participación primordial del paciente diabético y familia ⁴⁴.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación fué de tipo cuantitativa de diseño no experimental– transversal -descriptiva – correlacional.

3.1.1. Tipo de investigación

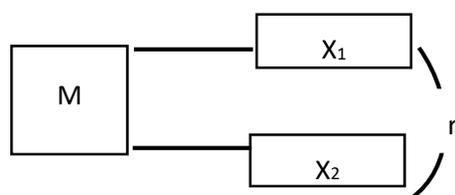
La investigación se enfatizó en una perspectiva metodológica de tipo cuantitativa. La investigación cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos sobre variables para probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población ⁴⁵.

3.1.2 Diseño de la investigación

El diseño que se utilizó es no experimental – transversal -descriptiva – correlacional. La investigación no experimental son estudios que se realizan sin manipulación de las variables y en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para analizarlo. Es de tiempo transversal es decir recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores así como diferentes comunidades situaciones o eventos ⁴⁶.

La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento ⁴⁷; sin embargo la investigación correlacional mide dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación⁴⁸. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

Esquema de diseño de la investigación



Donde:

M=Pacientes con diabetes mellitus tipo 2

X₁= Calidad de vida

X₂ = Adherencia al tratamiento r

: Relación entre variables

3.2. Población y muestra

La población es un conjunto de individuos que tiene ciertas características o propiedades que son las que se desean estudiar. Cuando se conocen el número de individuos que componen se habla de una población finita y cuando no se conoce se habla de una población infinita ⁴⁹.

El total de pacientes que asisten al programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque es de 98 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Criterios de inclusión:

Personas enfermas con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el Programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Pacientes de ambos sexos

Pacientes con tiempo de tratamiento mayor de 6 meses

Pacientes que acepten participar en el estudio

Pacientes con diferentes grados de instrucción

Criterios de exclusión:

Pacientes con diabetes gestacional

Pacientes con Diabetes tipo 1

Paciente que no acepten la participación voluntaria en el estudio

Pacientes con delirio cognitivo

La muestra es el subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible⁴⁷. Existen dos tipos de muestreo probabilístico y no probabilístico; un muestreo probabilístico o “muestreo aleatorio”, todos los

individuos de la población pueden formar parte de la muestra, tienen probabilidad positiva de formar parte de la muestra(al azar).Por el contrario el muestreo no probabilístico todo integrante de la población no tiene una probabilidad determinada de conformar la muestra ⁵⁰.

La muestra que se consideró en el presente trabajo, fueron todos los pacientes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, en este trabajo se contó con 46 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

3.3. Hipótesis

Hipótesis 1

Existe relación entre calidad de vida y Adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Hipótesis 0

No existe relación entre calidad de vida y Adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

3.4. Variables

V1: Calidad de vida

V2: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual

V1: Calidad de vida: 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 ⁴²

V2: Adherencia al tratamiento: Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud⁴².

3.5. Operacionalización

V1: Calidad de vida: Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, influenciados por los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

V2: Adherencia al tratamiento: Se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de índole personal, de la interacción con el personal de salud, y del tratamiento.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Técnica e instrumentos
----------	-------------	-------------	-----------	------------------------

Calidad de vida	Energía y movilidad	<p>Limitación en su nivel de energía (fuerzas)</p> <p>Otros problemas de salud aparte de la diabetes.</p> <p>Sensación de debilidad</p> <p>Restricciones sobre la distancia que puede caminar.</p> <p>Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes.</p> <p>Visión borrosa o pérdida de visión.</p> <p>No poder hacer lo que quiera.</p> <p>Otras enfermedades aparte de la diabetes</p> <p>Complicaciones debidas a su diabetes</p> <p>No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.</p>	<p>1. Para nada afectado</p> <p>2. Casi nada</p> <p>3. Un poco</p> <p>4. Regular</p> <p>5. Mucho ,</p> <p>6. Demasiado</p> <p>7. Sumamente afectado</p>	<p>Técnica : Encuesta</p> <p>Instrumento: cuestionario</p>
-----------------	---------------------	---	---	--

	<p>Control de la Diabetes</p>	<p>Tener que descansar a menudo o seguido.</p> <p>Problemas al subir las escaleras.</p> <p>Dificultades para sus cuidados personales.</p> <p>Tener el sueño intranquilo.</p> <p>Caminar lentamente</p> <p>El horario de los medicamentos para su diabetes.</p> <p>Seguir con su tratamiento indicado para la diabetes.</p> <p>No comer ciertos alimentos (dulces, grasas, gaseosas) para poder controlar su enfermedad.</p> <p>Tener diabetes</p> <p>El aumento de su azúcar en sangre.</p>		
--	-------------------------------	---	--	--

		Hacerse análisis para comprobar sus		
--	--	-------------------------------------	--	--

	<p>Ansiedad preocupación y</p>	<p>niveles de azúcar.</p> <p>El tiempo requerido para controlar su diabetes.</p> <p>Tener que estar controlando su diabetes.</p> <p>Tener que llevar el control de sus niveles de azúcar en sangre.</p> <p>La necesidad de tener que comer a intervalos regulares.</p> <p>Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes.</p> <p>La diabetes en general.</p> <p>Preocupaciones por problemas económicos.</p> <p>Seguir con su tratamiento indicado para la diabetes.</p> <p>Tensiones o presiones de la vida.</p>		
--	---	---	--	--

		Sentirse triste o deprimido.		
--	--	------------------------------	--	--

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Instrumento
Adherencia al tratamiento	Apoyo familiar	<p>Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte de los demás.</p> <p>Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial</p> <p>Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día</p> <p>Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)</p> <p>Recibo estímulos verbales (apoyo) de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento</p> <p>Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento</p> <p>Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa</p> <p>Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte</p>	<p>0. Nunca lo hago</p> <p>1. Casi nunca</p> <p>2. Regularmente</p> <p>3. Frecuentemente</p> <p>4. Siempre</p>	Técnica : Encuesta Instrumento: cuestionario

--	--	--	--	--

	<p>Control y tratamiento médico</p>	<p>Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el consultorio</p> <p>Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados</p> <p>Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación</p> <p>Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes</p> <p>Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas.</p> <p>El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad</p> <p>Estoy satisfecho con los resultados del tratamiento médico</p> <p>El tratamiento me permite controlar la enfermedad</p> <p>Camino para sentirme mejor</p>		
--	-------------------------------------	--	--	--

	Ejercicio físico	Consumo alimentos antes de realizar ejercicio		
--	------------------	---	--	--

	<p>Apoyo organización comunal</p> <p>y</p>	<p>Tengo un horario fijo para realizar ejercicio</p> <p>Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física</p> <p>Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física</p> <p>Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física</p> <p>Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio.</p> <p>Realizo paseos cortos durante el día</p> <p>Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas</p> <p>En la comunidad donde vivo se organizan en grupos para la práctica de algún deporte</p> <p>En la comunidad donde vivo se realizan actividades recreativas.</p>		
--	--	---	--	--

--	--	--	--	--

	<p>Información</p> <p>Dieta</p>	<p>La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes</p> <p>La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia</p> <p>Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad</p> <p>Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus</p> <p>Alguna vez he recibido información sobre la diabetes mellitus</p> <p>Tengo claro en qué consiste la diabetes mellitus</p> <p>Evito consumir golosinas o confites dulces.</p> <p>Equilibro mi dieta consumiendo distintos tipos de alimentos.</p> <p>Consumo frutas al menos una vez al día.</p>		
--	---------------------------------	--	--	--

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Abordaje metodológico

El método de investigación fué cuantitativo en la que la realidad se transformó en números con el fin de poder ser analizada e interpretada.

3.6.2 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta, como sabemos es una técnica de investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población ⁴⁶

3.6.3 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fué el cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir ⁴⁶. Debe ser congruente con el planteamiento del problema o hipótesis. El cual fué aplicado en forma personal a cada paciente del Programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; en el que se trabajó con un cuestionario para cada variable.

En la variable calidad de vida se trabajó con el cuestionario llamado D-39 (anexo 01) que contiene 39 ítems cerrados que agrupan a cinco dimensiones:

Energía y movilidad (15 ítems : 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14 y 15),Control de la Diabetes (12 ítems: 16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26 y 27),Ansiedad y Preocupación (4 ítems: 28,29,30,31) y Carga social (5 ítems : 32, 33, 34,35 y 36)

Los pacientes respondieron qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes, por la acción o calidad que expresa cada ítems, colocando una (x) en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado ,2 casi nada, 3 un poco, 4 regular ,5 mucho , 6 demasiado y 7 sumamente afectado su calidad de vida⁵⁰

Para la medición del instrumento calidad de vida, se utilizaron las siguientes fórmulas en sus diferentes dimensiones: Energía y movilidad: $[(\text{calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$;Control de la diabetes: $[(\text{calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$;Ansiedad-preocupación: $[(\text{calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$;Carga social: $[(\text{calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$;Funcionamiento sexual: $[(\text{calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$.

El valor de cada dimensión es de 3 a >100 puntos; se utilizó la siguiente categoría para clasificar la calidad de vida: 3-30 nada afectado los que nos indica que tiene una buena calidad de vida; 31-40 casi nada afectado; 41-50 un poco y 51-60 regular lo que implica una regular calidad de vida ; 61-70 mucho ,71-80 demasiado y de 81 >100 sumamente afectado lo que determina una mala calidad de vida

La validación del instrumento para la presente investigación se basó en un proyecto realizado en el año 2013 titulado “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”, calculada a través del estadístico alfa de Cronbach >0.80 para la escala total.

En la variable adherencia al tratamiento se trabajó con el cuestionario llamado Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III) (anexo 02), creada en Costa Rica. Está conformada por 36 ítems distribuidos en 6 dimensiones: Apoyo familiar(10 ítems:1-10), control y tratamiento médico(6 ítems :11-16) ,ejercicio físico (8 ítems: 17-24), apoyo y organización comunal(6 ítems:25-30),información (3 ítems:31-33).dieta(3 ítems :34-36).La escala de auto aplicación ofrece 5 tipos de respuesta tipo Likert que oscilan desde la ausencia de la conducta, valorada en 0 nunca lo hago, 1 casi nunca , 2 regularmente, 3 frecuentemente y 4 siempre lo hago. Para medición del instrumento adherencia al tratamiento el valor de cada factor es de 0 a 100 puntos, se utilizara la siguiente categoría para clasificar la adherencia: Óptima adherencia de 67 a 100 puntos, regula de 33 a 66 puntos y deficiente de 0 a 32 puntos

3.7. Procesamiento para la recolección de datos

Se realizaron trámites establecidos por el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, para así poder ser presentando el proyecto de investigación a la Dirección General, a la Oficina de Apoyo, Docencia e Investigación, al Comité de Ética como también al Jefe del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes para obtener la aprobación y proceder a la ejecución del estudio.

En el presente proyecto de investigación se trabajó con dos cuestionarios, para la variable calidad de vida se aplicó el instrumento D- 39 , y para la variable Adherencia al Tratamiento DM2-Versión III (EATDM-III), estos instrumentos fueron aplicados a los pacientes que acuden al Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes . Se ofreció los cuestionarios de lunes a viernes, con una duración de 15 minutos aproximadamente para cada entrevista. Para evaluar el estado general de salud del paciente diabético, en primer lugar se les orientó sobre el instrumento a llenar, posteriormente se le brindó una educación si lo requiere sobre su enfermedad.

3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos

El programa que ayudó a procesar los datos recolectados fué a través del SPSS versión 23 ; el cual es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos , variables y predecir comportamientos ⁴⁷.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Pearson ; la cual nos permite evaluar una relación entre dos variables o categorías a través del paquete estadístico del SPSS para Windows ⁵¹.

3.9 Criterios éticos

El presente proyecto se fundamentó a través del informe de Belmont, basado en 3 principios éticos para la protección de sujetos humanos en la investigación:

Respeto a las Personas: Incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas ⁵².

Beneficencia: Consiste en tratar a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar⁵²

Justicia: Los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio ⁵². La aplicación de los principios antes mencionados se verá reflejados mediante la aplicación del consentimiento informado (ver anexo 03).

3.10. Criterios de rigor científico

La confiabilidad del instrumento para la presente investigación se basó en dos proyectos realizados según la variable a analizar:

En el año 2006 se realizó una investigación titulada “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con

diabetes mellitus tipo 2", calculada a través del estadístico alfa de Cronbach >0.80 para la escala total y en el año 2013 el proyecto titulado :“Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III” con una confiabilidad de un alfa de Cronbach de 0,88 para la escala completa.

La validez del instrumento, se basó en un juicio de expertos, de las investigaciones antes mencionadas en donde participaron ocho profesionales especialistas como médicos endocrinólogos (3), enfermeras del área de investigación y de medicina general (3), y profesionales de psicología (2) Para el instrumento D39, mientras que para el instrumento EATDM-III participaron (3) endocrinólogos, (2) enfermeros, (1) nutricionista.

Dentro de la consistencia nos basamos en el planteamiento del modelo de Dorothea Orem en su teoría de autocuidado, la cual es una conducta dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Y la consistencia metodológica será reflejada mediante la matriz metodológica (anexo 04)

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADO

4.1 Resultados en tablas y gráficos

Tabla 1

Edad según sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Edades	Sexo				Total
	Masculino		Femenino		
	N	%	N	%	
40-50	0	0%	5	10,87%	5 (10,87%)
51-60	5	10,87%	13	28,26%	18 (39,13%)
61-70	4	8,70%	10	21,74%	14 (30,43%)
71-80	6	13,04%	3	6,52%	9 (19,57)
Total	15	32,61%	31	67,39%	31 (67,39%)

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 1 se observa que el rango de las edades más afectadas es de 51 a 60 años con un 28,26% (13), sin embargo el sexo femenino es el que más predomina con un 67,39% (31) en comparación con los de sexo masculino representado por un 32,61% (15)

Tabla 2

Grado de instrucción de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	25	54,3	54,3	54,3
Secundaria	11	23,9	23,9	78,3
Nivel superior	3	6,5	6,5	84,8
Sin educación	7	15,2	15,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 2 se visualiza que el mayor grado de instrucción de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es el nivel primaria con un 54,3% (25), seguido del nivel secundaria representado en un 23,9% (11), posteriormente 15.2%(7) no tienen educación y sólo el 6,5% (3) tienen nivel superior.

Tabla 3

Calidad de vida según sus dimensiones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Dimensiones	buena	Regular	malo
Energía y movilidad	13,04% (6)	21,74%(10)	65,22%(30)
Control de la diabetes	15,22%(7)	50,00%(23)	34,78%(16)
Ansiedad y preocupación	4,35%(2)	50,00%(23)	45,65%(21)
Carga social	4,35%(2)	71,74%(33)	23,91%(11)
Funcionamiento sexual	0,00%(0)	26,09%(12)	73,91%(34)

Fuente: Cuestionario D-39 aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 3 se evidencia que del 100% (46), la dimensión más afectada con respecto a su calidad de vida es el funcionamiento sexual manifestado por un 73.9% (34) con una mala calidad de vida seguido de la dimensión carga social con una regular calidad de vida en un 71,74%(33) y sólo el 15,22% (7) en el control de la diabetes tienen una buena calidad de vida.

Tabla 4

Calidad de vida de los de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena calidad de vida	6	13,0	13,0	13,0
Regular calidad de vida	23	50,0	50,0	63,0
Mala calidad de vida	17	37,0	37,0	100,0
Total	46	100,0	1 00,0	

Fuente: Cuestionario D-39 aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 4 se visualiza que 50 % (23) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan regular calidad de vida, 37% (17) de los mismos tienen una mala calidad de vida y solo el 13% (6) de los pacientes mantienen una buena calidad de vida.

Nivel socioeconómico en relación a su adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Nivel socioeconómico	Adherencia al tratamiento			Total
	Deficiente	Regular	Optima	
Nivel bajo	14 (30.44)	9(19.57)	6 (13.04)	29 (63.04)
Nivel medio	2 (4.35)	6(13.04)	1(2.17)	9 (19.57)
Nivel alto	1 (2.17)	7(15.21)	0	8(17.39)
Total	17(36.96)	22(47.83)	7(15.21)	46 (100)

Cuestionario DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 5, se observa que el 30.44 % (14) de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 presentan un nivel socioeconómico bajo por lo cual tienen deficiente adherencia al tratamiento, el 19.57 % (9) de ellos muestra un nivel socioeconómico bajo con una regular adherencia al tratamiento y solo el 15.21 % (7) tienen un nivel socioeconómico alto con regular adherencia

Tabla 6

Apoyo familiar en relación a su adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Apoyo familiar	Adherencia al tratamiento			Total
	Deficiente	Regular	Optima	
Deficiente	19.57% (9)	23.91 % (11)	2.17 % (1)	45.65 % (21)
Regular	15.21% (7)	21.74 % (10)	6.52 % (3)	43.47% (20)
Óptimo	2.17 % (1)	2.17 % (1)	6.52 % (3)	10.86 % (5)
Total	36.95 % (17)	47.82 % (22)	15.21% (7)	100 % (46)

Cuestionario DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 6 se evidencia que el 23.91% (11) de los pacientes con Diabetes tipo 2 tienen un deficiente apoyo familiar, lo que implica tener una regular adherencia, seguido de 21.74% (10) que presentan regular apoyo familiar con una regular adherencia y solo un 6.52% (3) de ellos tienen un óptimo apoyo familiar por ende mantienen una óptima adherencia.

Tabla 7

Adherencia al tratamiento en relación al control y tratamiento médico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Control y tratamiento médico				
Adherencia al tratamiento	Deficiente	Regular	Óptima	Total
Deficiente	26.09%(12)	6.52%(3)	4.35%(2)	36.96%(17)
Regular	15.22%(7)	23.91%(11)	8.69%(4)	47.82%(22)
Óptima	4.35% (2)	6.52 % (3)	4.35%(2)	15.22%(7)
Total	45.66%(21)	36.95%(17)	17.39%(8)	100% (46)

Cuestionario DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 7 se evidencia que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el 26.09 %(12) muestra tener deficiente adherencia, por consiguiente disponen de un deficiente control y tratamiento médico; mientras que el 23.91%(11) tienen regular adherencia, lo que implica un regular control y tratamiento médico; sin embargo solo los pacientes que tienen un óptimo control al tratamiento médico en un 4.35%(2) se encuentran adheridos al tratamiento.

Tabla 8

Adherencia al tratamiento según la dieta de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016

Dieta	Adherencia al tratamiento			Total
	Deficiente	Regular	Óptima	
Deficiente	21.74%(10)	13.04%(6)	2.17%(1)	36.95%(17)
Regular	10.87%(5)	28.26%(13)	8.69%(4)	47.82%(22)
Óptima	4.35%(2)	6.52% (3)	4.35%(2)	15.22%(7)
Total	36.96%(17)	47.82%(22)	15.22%(7)	100%(46)

Cuestionario DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla 8 se visualiza que los pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles-Diabetes el 28.26%(13) dispone de una regular dieta y por consiguiente presentan regular adherencia al tratamiento; mientras que el 21.74% muestra una deficiente dieta lo que conlleva a una deficiente adherencia y únicamente el 4.35%(2) de la población posee una óptima dieta logrando obtener una óptima adherencia.

Tabla 9

Adherencia al tratamiento de los de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Adherencia al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente (0-32)	17	37,0	37,0	37,0
Regular (33-66)	22	47,8	47,8	84,8
Óptima (67-100)	7	15,2	15,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Interpretación:

En la tabla N° 9 se puede apreciar que el 100% (46) pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 37% (17) presentan deficiente Adherencia al tratamiento, el 47.8% (22) muestra regular adherencia y solo el 15.2% (7) de ellos posee una óptima adherencia al tratamiento.

Tabla 10

Relación entre Calidad de Vida y Adherencia al tratamiento de los de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes .Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Calidad de vida	Adherencia al tratamiento			Total
	Deficiente	Regular	Optima	
Buena Calidad de Vida	2 4.35%	3 6.52%	1 2.17%	6 13.04%
Regular Calidad de vida	9 19.57%	10 21.74%	4 8.69%	23 50%
Mala Calidad de vida	6 13.04%	9 19.57%	2 4.35%	17 36.96%
Total	17 36.96%	22 47.83	7 15.21%	46 100%

Fuente: Cuestionarios D-39 y DM2-Version III aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles –Diabetes del Hospital Docente Belén de Lambayeque, Febrero – Abril de 2016

Correlaciones según Pearson			
		Calidad de vida	Adherencia al tratamiento
Calidad de vida	Correlación de Pearson	1	,361*
	Sig. (bilateral)		,014
	N	46	46
Adherencia al tratamiento	Correlación de Pearson	,361*	1
	Sig. (bilateral)	,014	
	N	46	46

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Interpretación:

En la tabla 10, al determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia, se observa que en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, predomina una regular calidad de vida en un 50.03% (23) con una regular adherencia al tratamiento representado por el 42.87%(22) y se comprobó mediante la relación estadística $P=0.01<0.05$.

4.1 Discusión de resultados

El estudio se aplicó a los pacientes con Diabetes Mellitus de tipo 2 que asistieron al Programa de Enfermedades no transmisibles -Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, cuyo objetivo fué: Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento , a fin de sensibilizar al profesional de salud a trabajar más en la prevención a complicaciones mayores, Impartir educación diabetológica al paciente y familia para mejor la calidad de vida, logrando así reforzar conductas de autocuidado y adherencia al manejo efectivo del régimen terapéutico del paciente diabético.

La población en estudio fué de 46 (100%) pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la que se observó que el rango de edades más afectadas es de 51 a 60 años con un 28,26% (13), sin embargo el sexo femenino predominó con un 67,39% (31) en comparación con los de sexo masculino representado por un 32,61% (15) (Ver tabla 1).

El predominio de la diabetes guarda clara relación con la edad entre los 51 a 60 años, considerada la etapa del adulto maduro (40 hasta los 60 años aproximadamente), que se caracteriza porque el individuo alcanza la plenitud del desarrollo biopsicosocial⁵³; implicando además cambios anatomorfológicos por lo que el páncreas como toda glándula sufre deterioro por el paso del tiempo;

considerándose además el principal factor de riesgo para padecer la enfermedad. Por consiguiente la Federación Internacional de Diabetes, manifiesta que casi la mitad de todos los adultos con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad y más del 80% de los 184 millones de personas con diabetes de este grupo de edad vive en países de ingresos medios y bajos ².

Según la Asociación Americana de la Diabetes las mujeres encabezan la lista de afectados por dicha enfermedad con un 59% del total de los casos registrados, mientras que los varones suman con 41% de los 371 millones de pacientes a nivel mundial ⁽²⁸⁾; en razón a que las mujeres son más vulnerables a adquirir ciertas afecciones como por ejemplo obesidad y sobrepeso y malos hábitos alimenticios.

Por otra parte, el doctor Rubén Román Ramos, profesor-investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana en México⁵⁴, manifestó que el aspecto psicológico es un factor predominante, pues las mujeres están expuestas a mayores niveles de estrés, tensión, ansiedad y depresión que aumentan la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol, las cuales incrementan la concentración de glucosa en sangre, durante el embarazo, explicó el especialista, las hormonas causan resistencia a la insulina y generan lo que se conoce como diabetes gestacional, un padecimiento que a menudo desaparece con el nacimiento del bebé, pero quienes llegan a padecerla tienen de 30 a 70 por ciento de presentar después diabetes tipo 2.

Con respecto al grado de instrucción de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del 100% (46), el 54,3% (25) estudió hasta el nivel primario, 23,9% (11) tenían estudios secundarios, 15,2%(7) manifestaron no tener ningún tipo de educación y solo el 6,5% (3) tienen nivel superior. (Ver tabla 2)

La mayoría de los 46 pacientes estudió hasta el nivel primario, lo que significa que con un grado de instrucción bajo, existen las probabilidades de tener ciertas dificultades de aprendizaje que obstaculicen la adherencia óptima al tratamiento, teniendo que ser el trabajo más arduo por parte del personal de salud, al educar constantemente al paciente a fin de que pueda cumplir con las pautas de su tratamiento para el control de la enfermedad.

En cuanto a la calidad de vida la dimensión más afectada es el funcionamiento sexual manifestado por un 73.9% (34) con una mala calidad de vida seguido de la dimensión carga social con una regular calidad de vida en un 71,74%(33) y sólo el 15,22% (7) en el control de la diabetes tienen una buena calidad de vida.(Ver tabla 3)

La Federación Mexicana de Diabetes⁷, refiere que el 35% de las mujeres pueden experimentar una reducción o ausencia de la respuesta sexual. Esto es porque con la neuropatía diabética las células que recubren el interior de la vagina están dañadas, por lo que se produce sequedad, que a su vez genera molestias durante la relación sexual (dispareunia), lo que acaba reduciendo el deseo sexual, además si constantemente tiene elevado los niveles de glucosa son más propensa a las infecciones vaginales, las cuales pueden ocasionar dolor, incomodidad, etc., y en consecuencia, fomentar la negación a la actividad sexual. En los hombres con

diabetes el 27% de ellos sufre de trastornos de eyaculación y la disfunción eréctil lo que no permite disfrutar de su vida sexual.

Para dar respuesta al objetivo específico: Determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró que el 50% (23) de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 muestran una regular calidad de vida, el 37%(17) de los mismos presentan una mala calidad de vida y sólo el 13%(6) de ellos mantienen una buena calidad de vida. (Ver tabla 4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁸, 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, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

Mientras que Gaspar¹⁹. Define calidad de vida como 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.

En relación a las definiciones anteriores se evidenció que en la presente investigación los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no tienen buena percepción de su enfermedad, lo cual no les permite adaptarse a los diferentes cambios que le produce su enfermedad; reflejados tanto en los estilos de vida, como a nivel físico, económico, psicológico, social, entre otros, y que tienen que ser afrontados por el paciente diabético a fin de controlar los factores que pueden desencadenar en complicaciones y retardar el proceso de recuperación ⁶.

La mayoría de los pacientes entrevistados mantienen una regular calidad de vida. Es allí donde el profesional de salud debe impartir educación diabetológica para lograr conductas de autocuidado haciendo énfasis en la promoción y prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

En relación a su estatus económico y social se evidenció que el 30.44 % (14) de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 presentaron un nivel socioeconómico bajo por lo cual tienen deficiente adherencia al tratamiento, el 19.57 % (9) de ellos muestra un nivel socioeconómico bajo con una regular adherencia al tratamiento y sólo el 15.21 % (7) tienen un nivel socioeconómico alto con regular adherencia. (Ver tabla 5)

Estos datos nos relata que la mayoría de pacientes, el tipo de ingreso económico 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.

También se evidenció que el 23.91% (11) de los pacientes con Diabetes tipo 2 tienen un deficiente apoyo familiar, lo que implica tener una regular adherencia, seguido de 21.74% (10) que presentan regular apoyo familiar con una regular adherencia y solo un 6.52% (3) de ellos tienen un óptimo apoyo familiar por ende mantienen una óptima adherencia. (Ver tabla 6)

Estos resultados nos indican que el tratamiento del paciente con DM2, no sólo se circunscribe al personal de salud y al paciente, también incluye a la familia como principal agente motivador para que el paciente diabético tipo 2 mantenga un papel

activo, dinámico y participativo durante su tratamiento. Según el psicoterapeuta Brannon ⁵⁵, sostiene que uno de los predictores con mayor peso en la adherencia al tratamiento es el grado de apoyo social que se tiene por parte de los amigos y la familia; en general las personas que se sienten aisladas de los demás tienden a no ser cumplidoras, mientras que aquellas que disfrutan de relaciones personales cercanas están más dispuestas a seguir con el tratamiento prescrito.

Con respecto a la Adherencia al tratamiento en relación al control y tratamiento médico se obtuvo que la mayoría de los pacientes en un 26,09 (12) mostraron tener deficiente adherencia al tratamiento que por consiguiente dispusieron de un deficiente control y tratamiento médico ; mientras que el 23.91%(11) tienen regular adherencia , lo que implica un regular control y tratamiento médico; sin embargo sólo los pacientes que tienen un óptimo control al tratamiento médico en un 4.35%(2) se encuentran adheridos al tratamiento. (Ver tabla 7)

La adherencia al tratamiento es definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente ⁸. Observando detalladamente los resultados obtenidos por medio de esta investigación, se afirma que la mayor parte de la muestra estudiada tiene deficiencia en cuanto su control y tratamiento médico lo cual no les permite adherirse a su tratamiento.

Por tanto, se induce la participación activa del médico crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas con el paciente implicando

la responsabilidad del mismo. Por otro lado el equipo de salud debe realizar un trabajo mucho más arduo al educar constantemente al paciente comprometiendo también el familiar cuidador a fin de que se pueda cumplir con las pautas del tratamiento para el control de la enfermedad.

Con respecto a la dieta se visualizó que los pacientes que acuden al programa de enfermedades no transmisibles-Diabetes el 28.26%(13) dispone de una regular dieta y por consiguiente presentan regular adherencia al tratamiento; mientras que el 21.74% muestra una deficiente dieta lo que conlleva a una deficiente adherencia y únicamente el 4.35%(2) de la población posee una óptima dieta logrando obtener una óptima adherencia. (Ver tabla 8)

Según la ADA, la adaptación de la alimentación es uno de los tratamientos fundamentales para las personas con diabetes tipo 2 junto al tratamiento farmacológico y la práctica de ejercicio físico de forma habitual, una alimentación adaptada a la diabetes es capaz de mejorar y ayudar a normalizar los niveles de glucosa en sangre ²⁸.

En respuesta al objetivo específico: Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se puede apreciar que del 100% (46) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 37% (17) presentaron deficiente adherencia al tratamiento, el 47.8% (22) mostró regular adherencia y sólo el 15.2% (7) de ellos posee una óptima adherencia al tratamiento. (Ver tabla 9).

Adherencia al tratamiento se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de índole personal, de la interacción con el personal de salud, y del tratamiento. Sin embargo esto no se observa en los pacientes estudiados ya que la mayoría presenta una deficiente y regular adherencia terapéutica dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento significativo en la adherencia y que hace que ésta sea una tarea muy compleja de resolver.

Por ende para enfermería esta investigación enfrenta a un gran desafío sanitario, dado a que las repercusiones que se propagan con la adherencia al tratamiento son muy numerosas y hay que afrontarlas efectivamente. Una adecuada comprensión de la dinámica de adherencia al tratamiento, nos constituye como una fuerza formidable para abatir a esta problemática y producir así adelantos necesarios para la salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ⁵⁶. La educación en la adherencia al tratamiento debe ser el fundamento de nuestro continuo accionar y de una propicia actitud como profesionales de la salud, lo cual aportará a la salud, no sólo la toma de hipoglucemiantes, sino la continua retroalimentación y relación entre el profesional de salud y el paciente, favoreciendo a la confianza, la participación activa y el mutuo entendimiento entre ambas partes.

En respuesta a nuestro objetivo general: Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento, se observó que en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, predominó una regular calidad de vida con una regular adherencia al tratamiento en un 21.74% (10), seguido por un 19.57 % (9) de los

cuales mantienen una regular calidad de vida con una deficiente adherencia al tratamiento, así también se mostró que los pacientes que tienen buena calidad de vida tienen una óptima adherencia al tratamiento reflejado en un 2.17% (1). (Ver tabla 10)

Evidenciándose que el mayor número de los pacientes mostró una regular calidad de vida a consecuencia de una regular adherencia al tratamiento, lo que quiere decir que a una mejor adherencia al tratamiento mejor será la calidad de vida. 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.

Según Alfonso Villalobos ¹⁴, la adherencia al tratamiento de la diabetes constituye uno de los factores más importantes para lograr el adecuado mantenimiento de la salud, por lo que 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.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Estadísticamente existe relación lineal positiva entre la calidad de vida y adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten

al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

La edad promedio de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa de Enfermedades no Transmisibles –Diabetes es de 40 a 80 años, con grado de instrucción nivel primaria en el cual predomina el sexo femenino en esta patología.

Se identificó que la mayoría de los pacientes mostraron tener una regular calidad de vida, influida por diversas dimensiones siendo la de mayor impacto el funcionamiento sexual, seguida de la dimensión carga social y ejercicio físico.

Con respecto a su adherencia al tratamiento se obtuvo que es regular, donde se evidenció que la dimensión más afectada es el control y tratamiento médico continuado por el deficiente apoyo familiar. El control médico y la adherencia, establece que los pacientes al llevar un mejor control se adhieren más al tratamiento en general; hace factible cuestionarse sobre qué aspectos de las relaciones con los médicos, los prestadores del servicio de salud y específicamente el paciente pueden estar influyendo en el cumplimiento del tratamiento, lo cual podría ser considerado para otra investigación, incluso en búsqueda de otras variables que pueden interferir en la adherencia.

6.2 Recomendaciones

El equipo de salud debe desarrollar programas de capacitación con personal especializado en educación diabetológica, donde la atención del paciente debe ser integral, individualizada; por ello se propone se efectúe una intervención educativa de alta calidad; desarrollada por un equipo multidisciplinario organizado,

que fomente estilos de vida saludables, con la participación activa del paciente y su familia.

El Programa de Enfermedades no Transmisibles debe involucrar de manera activa a personas más cercanas al paciente para que con su colaboración contribuyan al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que ellos ocupan un lugar muy importante de manera directa y positiva en el estado psicológico del paciente.

El Programa de Enfermedades no Transmisibles debe establecer programas de prevención primaria dirigidos a modificar el comportamiento de la población mediante un equipo que incluya psicólogos, nutricionista y trabajadores sociales que contribuyan a la motivación necesaria para el cambio y lograr así una buena calidad de vida.

La Institución hospitalaria debe seguir realizando campañas de salud dirigidas a los adultos con diabetes, brindarles información sobre su enfermedad y cómo prevenir futuras complicaciones; logrando de esta manera que el paciente asuma la responsabilidad de su autocuidado y tenga una mejor calidad de vida.

El Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque deberá difundir y publicar los resultados del presente estudio para el desarrollo de futuras investigaciones, teniendo en cuenta las estrategias para el cuidado del adulto con Diabetes tipo 2.

Referencias

1. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Médico Quirúrgica. 10ª ed. México: Interamericana; 2008.

2. Federación International Diabetes. La carga mundial. [base de datos en línea]. Bélgica, 2011. [fecha de acceso 05 de Diciembre del 2012] .URL disponible en [:http://www.idf.org/diabetessatlas/5e/lacargamundial](http://www.idf.org/diabetessatlas/5e/lacargamundial)

3. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. [base de datos en línea].México, 2013. [fecha de acceso 04 de Septiembre del 2015] .URL disponible en: [:http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc_index.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc_index.html)

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estado de la Población peruana. [base de datos en línea].Perú 2015. [fecha de acceso 12 de marzo del 2015].URL disponible en:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf

5. Departamento de Epidemiología. Hospital Provincial docente Belén de Lambayeque .Perú –Lambayeque; 2014.

6. OMS .Calidad de Vida: Calidad de Ser. [base de datos en línea]. [fecha de acceso 22 de Abril del 2013].URL disponible en: <https://calidadtotal2013.wordpress.com/2013/04/22/calidad-de-vidacalidad-de-ser/>

7. Federación internacional de Diabetes. Diabetes Voice, Educación para la

Diabetes. [base de datos en línea]. [fecha de acceso Noviembre 2010].

Disponible:<https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue53es.pdf>

8. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia Terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. Revista Atención Primaria .2010;[Internet] 41 Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherenciapersistencia-terapeutica-causas-consecuencias-13139004>
9. Gavin J, Flores S, Lavernia F. Diabetes mellitus tipo 2: Enfoques prácticos para médicos de atención primaria. Osteópata Assoc. 2011.
10. Hoyos T, Arteaga M, Cardona. La visión del cuidador familiar. Investigación y Educación en Enfermería [en línea].2011. [Fecha de acceso 5 de julio de 20012]; 29(2):194-203.Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/6607/9348>
11. Mark H. El manual Merck. 11^{ava} ed. Madrid: Elseiver; 2007.
12. Giacaman J, “Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en el Hospital de Ancud”. [Tesis doctoral]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2010.

13. López J, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev Salud Publica [Internet] 2010 citado 6 May 2010 ;48:200-211. Disponible : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
14. Villalobos A, Pérez J, Sáenz Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II - versión III (EATDMIII(c)) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. Acta Colombiana de Psicología [Internet] 2010 citado 20 Oct 2011 ;9:31-38, 2006. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v9n2/v9n2a04.pdf>
15. Ramos S. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010.
16. Portilla A. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento” [cibertesisinternet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3279>
17. Pebes A, “Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 y Control Preventivo de la Enfermedad en el Hospital Regional de Ica”. Rev.enferm.vanguard.2014; 2(3):70-75

18. Cardona A, Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2014;42 Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm
19. Gaspar. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca; 2010
20. Fernández . Calidad de vida en Potosí. 1a ed. Bolivia: Fundaciones Pieb; 2006.
21. Shallock, Verdugo. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida Individual y Familiar .España 2007
22. San Laureano C, Olivera F, Ramos D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. Rev Endocrinología y nutrición [Internet] 2000 citado 4 Abr 2010; 47 . Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologianutricion-12-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-9903>
23. Badía X, Lizán L. Estudios de Calidad de Vida. España: Elseiver; 2010

24. López J, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev Salud Publica [Internet] 2006 citado 6 May 2010; 48 Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
25. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet] 2008 citado 3 Sep. 2011; 17 .Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>.
26. Ministerio de Salud. Reglamento de Ley N 28553. Ley General de Protección a las Personas con Diabetes. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2011.
27. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021. Federación internacional de diabetes
28. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus. Lima. Minsa. 2013. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org>.
29. Islas A. Diabetes Mellitus. 2^{da} Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.

30. López Y, Almudena Guías ALAD sobre concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. 1^{era} edición. España. Málaga. 2013.
31. Brunner C, Suddarth E. Enfermería médico quirúrgica. 12^a. España: Wolters Kluwer. 2012.
32. Arteaga A, Maíz A., P. Olmos y Velasco N. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile. 2011.
33. Castillo B. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. 2^{ed}. Bogotá. Asociación Colombiana de Endocrinología. 2010.
34. Harrison T, Fauci A, Braunwald E. Principios de medicina interna. 14^a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana de España S.A.U. 2006.
35. Mendoza I, Torres S, Herrera A, Colina W. Educación diabetológica y su proyección a la comunidad. Rev Venezolana de Endocrinología y Metabolismo 2012, vol 10. No 2 p.35-40
36. Millán J, Reyes R, Vásquez S. Educación diabetológica y cuidados de enfermería en las personas con diabetes en el ámbito extrahospitalario. Andalucía, España: Semes, 2015.

37. Alfaro J, Simal A. Tratamiento de la diabetes mellitus. Rev Sistema Nacional de Salud Internet citado 9 de diciembre del 2008; 48 Disponible <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>
38. Alfaro J, Simal A. Tratamiento de la diabetes mellitus. Rev Sistema Nacional de Salud Internet citado 9 de diciembre del 2008; 48 Disponible <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>
39. Aschner P. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la DBT mellitas. Definición y diagnóstico de la diabetes mellitus. 2000; supl: 1.121-123.
40. Raile M, Tomey A. “Modelos y teorías en enfermería”. 7 ed. España: Elsevier; 2007
41. Castro M, Aguilar S. Complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus. México. Alfil. 2008.
42. Ardilla A. Calidad de vida: una definición integradora. Rev Latinoamericana de Psicología [Internet] 2008; 35:161-164. Disponible: http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf
43. Fernández L. Enfermedades metabólicas .1^{er} ed. Argentina : Sebast ,2007

44. Gonzales J, García C. Enfermedades no transmisibles. 2^{da} ed. Perú: Mc Graw Hill, 2008.
45. Cauas, R. Investigación Cuantitativa. 2^a Ed. España; 2006.
46. Hernández, S. Metodología de la investigación. 6^{ta} ed. España: Mc Graw Hill; 2010.
47. Fidas G. Arias L: Metodología de la investigación. Madrid: La Muralla; 2012
48. Dugas, B. Tratado de enfermería práctica. 4^{ta} ed. España: Mc Graw- Hill Interamericana; 2008.
49. Burns N, Grove K: Investigación en Enfermería. 3ra ed. España: Elsevier. Saunders; 2010.
50. Castro, M. "El proyecto de investigación y su esquema de elaboración". 2^a.ed. Brasil; 2008.
51. Sosa A, Candila J, Isolina S. Calidad de Vida: Adaptación de un Instrumento para Diabéticos. Rev Desarrollo Cientif Enferm. 2010. [Internet] 18(2).
52. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subiran [base de datos en línea]. México: Comité de ética en investigación; 2012, [fecha de acceso 31 de mayo de 2012]. URL disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html

53. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano. 11 ed. México: The McGRAW-hill Interamericana; 2011
54. Román R. Vive con Diabetes. El Informador, Guadalajara: 2016 junio 01. Sección B
55. Herrera Adherencia al tratamiento. Artículo de investigación .2012; 30(2): 67-75
56. Dávila S, García N, Saavedra K. Adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en Adultos Mayores: variables asociadas. Iquitos - 2013. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2013.



ANEXO N°01

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO D- 39



Objetivo: Determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al Programa de Diabéticos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.

Instrucciones:

- ✓ 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 colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica que no le afecta nada y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

ENERGÍA Y MOVILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
	No afecto Para nada	Casi nada	Un poco	regular	mucho	Demasiado	Sumamente Afectado
1.Limitación en su nivel de energía							
2.Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón, colesterol alto, otros)							
3.Sensación de debilidad							
4.Restricciones sobre la distancia que puede caminar							
5.Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes							
6.Visión borrosa o pérdida de la visión							
7.No poder hacer lo que quisiera							

	1	2	3	4	5	6	7
8.Otras enfermedades aparte de la diabetes							
9.Complicaciones debidas a su diabetes							
10.No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa							
11.Tener que descansar a menudo							
12.Problemas al subir escalera							

13.Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)							
14.Tener el sueño intranquilo							
15.Andar más despacio que otras personas							
CONTROL DE LA DIABETES							
16.El horario de los medicamentos para su diabetes							
17.Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes							
18.No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes							
19.Tener diabetes							
20.El descontrol de su azúcar en sangre							
21.Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre							
22.El tiempo requerido para controlar su diabetes							
23.Tener bien controlada su diabetes							
24.Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre							
25.La necesidad de tener que comer a intervalos regulares							
26.Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes							
27.La diabetes en general							
ANSIEDAD Y PREOCUPACION	1	2	3	4	5	6	7
28.Preocupaciones por problemas económicos							

29.Estar preocupado(a) por su futuro							
30.Tensiones o presiones en su vida							
31.La vergüenza producida por tener diabetes							
CARGA SOCIAL							
32.Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos							
33.La vergüenza producida por tener diabetes							
34.Hacer cosas que su familia y amigos no hacen							
35.Ser identificado como diabético							
36.Interferencia de la diabetes con su vida familiar							
FUNCIONAMIENTO SEXUAL							
37.La interferencia de su diabetes en su vida sexual							
38.Problemas con respecto a su capacidad sexual							
39.La diabetes en general							

Gracias por su colaboración



ANEXO N°02



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DM2-VERSION III

Objetivo: Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al Programa de Diabéticos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2016.

Presentación: El presente instrumento DM2-Version III, evalúa seis dimensiones en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 como son: Apoyo familiar (10 ítems), control y tratamiento médico (6 ítems), ejercicio físico (8 ítems), apoyo y organización comunal (6 ítems), información (3 ítems) y dieta (3 ítems)

Instrucciones:

- ✓ 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 colocando una cruz (X), tomando en cuenta el número 1 indica cumplimiento de su tratamiento y el 4 el no cumplimiento

II Datos generales Código:

Edad:

Sexo:

En relación a su procedencia:

Estado civil:

Ocupación:

Grado de instrucción:

Ingreso económico:

0.nunca lo hago	1. Casi nunca	2.Regularmente	3.Frecuentemente	4.Siempre					
Apoyo familiar									
1.Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> </tr> </table>				0	1	2	3	4
0	1	2	3	4					
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> </tr> </table>				0	1	2	3	4
0	1	2	3	4					

2. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	_____
3. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	0 1 2 3 4 _____
4. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)	0 1 2 3 4
5. Recibo estímulos verbales (apoyo) de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	0 1 2 3 4 _____
6. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	0 1 2 3 4
7. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa	0 1 2 3 4
8. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte	0 1 2 3 4
9. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el consultorio	0 1 2 3 4
10. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	0 1 2 3 4
Control y tratamiento médico	
11. Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación	0 1 2 3 4 _____
12. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes	0 1 2 3 4
13. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas	0 1 2 3 4
14. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad	0 1 2 3 4
15. Estoy satisfecho con los resultados del tratamiento médico	0 1 2 3 4

16.El tratamiento me permite controlar la enfermedad	0	1	2	3	4
Ejercicio físico					
17.Camino para sentirme mejor	0	1	2	3	4

18.Consumo alimentos antes de realizar ejercicio	0	1	2	3	4
19.Tengo un horario fijo para realizar ejercicio	0	1	2	3	4
20.Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física	0	1	2	3	4
21.Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física	0	1	2	3	4
22.Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física	0	1	2	3	4
23. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio.	0	1	2	3	4
24.Realizo paseos cortos durante el día	0	1	2	3	4

Apoyo y organización comunal

25.Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	0	1	2	3	4
26.En la comunidad donde vivo se organizan en grupos para la práctica de algún deporte	0	1	2	3	4
27.En la comunidad donde vivo se realizan actividades recreativas	0	1	2	3	4
28.La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes	0	1	2	3	4

29.La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia	0 1 2 3 4
30.Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad	0 1 2 3 4
Información	
31. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus.	0 1 2 3 4
32.Alguna vez he recibido información sobre la diabetes mellitus	0 1 2 3 4
33. Tengo claro en qué consiste la diabetes mellitus	0 1 2 3 4
Dieta	
34. Evito consumir golosinas o confites dulces.	0 1 2 3 4
35. Equilibro mi dieta consumiendo distintos tipos de alimentos.	0 1 2 3 4
36. Consumo frutas al menos una vez al día.	0 1 2 3 4

ANEXO N° 03

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Yo; identificado (a) con DNI Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca la presente investigación Titulada Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Enfermedades no transmisibles – diabetes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque ,2016.

Que tiene como objetivo principal Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al

Programa de Enfermedades no Transmisibles - Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2016.

Los datos obtenidos de mi participación serán fielmente copiados por los investigadores, además procesados en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice la encuesta así como respetando mis derechos para responder con una negativa.

Custodio Gonzales Rosalis

Santamaría Damián Lily Rossel

USUARIO(A) PARTICIPANTE

ANEXOS 04 MATRIZ DE COHERENCIA METODOLOGICA

Problema a investigar: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.?

Objeto de estudio: Pacientes con Diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles. Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén.

Objetivo general: Determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus del programa de Enfermedades

no Transmisibles - Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque ,2016.

Objetivo específico 1	Objetivo específico 2	
<p>Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque,2016.</p>	<p>Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016.</p>	
<p>Hipótesis : Hipótesis 1</p> <p>Existe relación entre calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.</p> <p>Hipótesis 0</p> <p>No existe relación entre calidad de vida y Adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.</p>		
Diseño/ trayectoria de la investigación	Técnicas y recolección de datos	Instrumento de recolección de datos

<p>El diseño que se utilizará es no experimental , transversal – descriptiva – correlacional</p>	<p>Para la recolección de datos se utilizará como técnica la encuesta</p>	<p>Como instrumento se utilizará el cuestionario : Calidad de vida titulado : D39 que consta de 39 ítems Adherencia al tratamiento :titulado Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDMIII©)</p>
--	---	--