

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FILIAL JAEN



TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2.**

HOSPITAL GENERAL JAÉN, 2016

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA :

Bach. Enf. ANGELICA MILENY SAAVEDRA BOBADILLA

Asesora:

Dra. ELENA VEGA TORRES

JAÉN, PERÚ, 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN**



**TESIS
CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2.**

HOSPITAL GENERAL. JAÉN, 2016

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

AUTORA:

Bach. Enf. Angelica Mileny Saavedra Bobadilla

ASESORA:

Dra. Elena Vega Torres

JAÉN, PERÚ, 2017

COPYRIGHT © 2016 by
ANGELICA MILENY SAAVEDRA BOBADILLA

Todos los derechos reservados

Saavedra A.2016. **Calidad de vida en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital General. Jaén, 2016/** Angelica Mileny Saavedra Bobadilla. 70 Páginas.

Tutora: Elena Vega Torres

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería–UNC 2017.

Calidad de vida en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.
Hospital General. Jaén, 2016

AUTORA: ANGELICA MILENY SAAVEDRA BOBADILLA
ASESORA: DRA. ELENA VEGA TORRES

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de
Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
M.C.s. Segunda Manuela Cabellos Alvarado.

PRESIDENTE



.....
M.Cs. Lucy Dávila Castillo
SECRETARIA



.....
M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto
VOCAL

Jaén 2017, Perú

A:

Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a la profesión que elegí y aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mi amado hijo José Miguel por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un mejor futuro.

A mis amados padres, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron, quienes con sus palabras de aliento me ayudaron a ser perseverante y cumpla con mis metas.

Mis hermanos, Nelly, Raúl, Abner (QEPD), porque siempre están conmigo, este logro se lo debo a ustedes.

Se agradece A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Cajamarca, por haber contribuido en mi formación profesional y por sus sabios consejo.

Mi gratitud a la Dra. Elena Vega Torres, por su tiempo para absolver mis dudas, sugerencias y sobre todo por la motivación en todo el proceso de la investigación.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a los pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2 quienes aportaron con la información, sin ellos no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
LISTA DE ABREVIACIONES.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Bases teóricas conceptuales	7
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	17
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	17
3.2 Población de estudio.....	17
3.3 Unidad de análisis.....	18
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	18
3.5 Procesamiento y análisis de los datos	19
3.6 Criterios éticos	20

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	21
4.1 Características sociodemográficas y clínicas.....	21
4.2 Calidad de vida global de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.....	23
4.3 Dimensiones de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2	24
CAPÍTULO V.....	28
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS	43

LISTA DE TABLAS

TABLAS		Páginas
Tabla 1	Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada.	21
Tabla 2	Características clínicas de los pacientes adultos con diabetes mellitus	22
Tabla 3	Dimensión satisfacción con el tratamiento de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2.....	50
Tabla 4	Dimensión impacto con el tratamiento de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2.....	51
Tabla 5	Dimensión preocupación acerca de los efectos futuros de la enfermedad.....	52

LISTA DE ILUSTRACIONES

FIGURAS		Páginas
Figura 1	Calidad de vida global.....	23
Figura 2	Dimensión satisfacción con el tratamiento de la calidad de vida.....	24
Figura 3	Dimensión impacto con el tratamiento de la calidad de vida.....	25
Figura 4	Dimensión preocupación acerca de los efectos futuros de la enfermedad.....	26
Figura 5	Dimensiones de la calidad de vida.....	27

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Cuestionario sobre calidad de vida diabetes tipo 2.....	45
Anexo 2 Prueba Binomial de Juicio de Expertos. Concordancia entre Jueces.....	48
Anexo 3 Consentimiento Informado.....	49

LISTA DE ABREVIACIONES

CV	Calidad de Vida
DM1	Diabetes Mellitus 1
DM2	Diabetes Mellitus 2
OMS	Organización Mundial de la Salud
SPSS	Paquete estadístico PASW Statistics

RESUMEN

Calidad de vida en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital General. Jaén, 2016.

Autor: Angelica Mileny Saavedra
Bobadilla¹

Asesora: Dra. Elena Vega Torres²

Investigación de abordaje cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal. El objetivo de la investigación fue, determinar la calidad de vida de los adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General Jaén. La población de estudio estuvo constituida por 80 adultos, la mayoría presentó 69 años de edad; a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado. Se concluyó que la calidad de vida a nivel global es alta con tendencia a media, no se corroboró la hipótesis. En la dimensión satisfacción con el tratamiento los pacientes refirieron satisfacción en el apoyo por la familia, tiempo libre, tiempo en los controles, tratamiento actual, vida en general, trabajo y actividades en el hogar. En la valoración del impacto con el tratamiento, más de la mitad de los adultos consumen alimentos prohibidos, la enfermedad interfiere con las actividades de su tiempo libre. Respecto a la dimensión preocupación acerca de los efectos futuros más de la mitad de los pacientes refirieron pérdida del conocimiento y complicaciones. Las dimensiones que presentaron menor afectación fueron satisfacción con el tratamiento y preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y mediana afectación la dimensión impacto en el tratamiento.

Palabras clave:

Calidad de vida, adultos y adultos mayores, diabetes mellitus tipo 2.

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach. Enf. Angelica Mileny Saavedra Bobadilla, UNC)

² Dra. Elena Vega Torres, Doctora en salud Pública. Profesora principal de la Facultad de Enfermería de la UNC Filial Jaén.

ABSTRACT

Quality of life in adults with type 2 diabetes mellitus. General Hospital Jaen, 2016

Autor: Angelica Mileny Saavedra Bobadilla¹

Asesora: Dra. Elena Vega Torres²

Quantitative approach research, descriptive cross-sectional type. The objective of the investigation was to determine the quality of life of adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus at the Hospital General Jaén. The study population consisted of 80 adults, whose average age was 69 years of age; Who were given a structured questionnaire. It was concluded that the quality of life at the global level is high with an average trend, the hypothesis was not corroborated. In the dimension of satisfaction with treatment, patients reported satisfaction in family support, free time, time spent in the controls, current treatment, general life, work and activities in the home. In the evaluation of the impact with the treatment, more than half of the adults consume prohibited foods, frequently go to the sanitary services and the illness interferes with the activities of their free time. Concerning the dimension concern about future effects more than half of the patients reported knowledge loss and complications. The dimensions that showed less affectation were satisfaction with the treatment and concern about the future effects of the disease and the median impact of the treatment impact dimension.

Keywords: Quality of life, adults and older adults, type 2 diabetes mellitus.

¹ Aspiring to Nursing Degree (Bach. Enf Angelica Mileny Saavedra Bobadilla, UNC)

² Dr. Elena Vega Torres, PhD in Public Health. Professor, Faculty of Nursing, UNC Branch Jaén.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es la evaluación global que la persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) hace de su vida en base a sus características personales y factores externos que se ve reflejada por la evolución de la enfermedad, por los efectos adversos del tratamiento; y además origina en la persona un desequilibrio en la homeostasis, aislamiento, depresión, y altera la dinámica familiar, afectando su calidad de vida ¹.

El adulto está expuesto a diversas enfermedades no transmisibles las que actualmente se ha incrementado su incidencia, tanto en países desarrollados como en desarrollo, muchas de ellas prevenibles a través de actividades de autocuidado. Sin embargo, en nuestro medio no existe estudios acerca de cómo la diabetes afecta la calidad de vida de las personas, a pesar de ser importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado.

En ese sentido, surgió la necesidad de realizar una investigación que tiene por objetivo determinar la la calidad de vida de los adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General Jaén.

El estudio es de tipo descriptivo transversal, que permitirá al profesional de la salud especialmente al enfermero, desarrollar programas educativos que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 basados en la teoría del autocuidado de Orem.

La principal limitación, está relacionada con la generalización de los resultados, al no haberse considerado una muestra probabilística.

El estudio está organizado en Introducción, el primer capítulo, problema de investigación que contienen la definición y delimitación del problema, pregunta de investigación, los objetivos, y la justificación. El segundo capítulo, marco teórico que comprende los antecedentes de la investigación y la base teórica, hipótesis de la investigación, variables. El tercer capítulo, marco metodológico que describe el tipo y diseño de estudio, la población de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y los criterios éticos. El cuarto capítulo, presenta los resultados y discusión. Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un problema a nivel mundial, que está considerada por los expertos como una pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el año 2030 el número de personas con diabetes será de 439 millones, donde la mayoría serán DM2. Las personas entre los 49 a 59 años constituyen el 46% de la población con esta enfermedad; un 80% de ellos viven en países en desarrollo con bajos ingresos y recursos sanitarios limitados². Se estima que cada año las causas de muerte relacionadas con la DM2 ocasiona 3,8 millones de fallecimientos, lo que equivale a una muerte cada 10 segundos^{3,4}.

En Latinoamérica, la DM se considera un problema de salud pública y se estima que el número de DM2 en el año 2005 fue de 35 millones, y esta cifra se incrementará a 64 millones en el año 2025, aumento que estará presente en todas las edades, pero principalmente en el grupo etáreo de 45 a 64 años de edad, en la cual la prevalencia de DM2 será el doble de la que se observará en las personas de 20 a 44 y mayores de 65 años⁴.

Este aumento de la prevalencia puede atribuirse a múltiples factores como: cambios en los estilos de vida, caracterizados por menor actividad física, incremento de comportamientos sedentarios y hábitos dietéticos con la resultante obesidad. Las personas que la padecen, tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas visuales, enfermedades renales y amputación de los miembros inferiores⁵. Repercutiendo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y de su familia⁶.

Es importante destacar que en México los pacientes mayores de 50 años, con nivel educativo bajo y con más de 5 años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico, tienen mayor riesgo de verse afectados en su calidad de vida, lo cual está asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad⁷.

En el Perú la prevalencia de DM2 es de 1 a 68% de la población general, afectando a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. La prevalencia de diabetes en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales de 1 al 2%. En Lima la prevalencia es de 7,6%. Todos estos datos muestran un aumento significativo de pacientes diabéticos lo cual se asocia con una pobre calidad de vida⁷.

En el Hospital General de Jaén en el año 2015 se registró 153 casos de diabetes mellitus. El personal de salud manifestó que los pacientes adoptan hábitos de vida poco saludables como son: aumento de consumo de alimentos procesados, escasa actividad física, sedentarismo, lo que afecta su calidad de vida. La DM 2 es más frecuente en personas obesas y de nivel socioeconómico bajo, lo que representa una carga social importante que se manifiesta tanto en los sistemas de servicios de salud como en la calidad de vida de las personas con DM 2 y de su familia.

Ante esta situación, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital General Jaén, 2016?

La hipótesis que guió la investigación fue: La calidad de vida que presentan los adultos con diabetes mellitus tipo 2 es media con tendencia a alta.

El objetivo general estuvo dirigido a determinar la calidad de vida de los adultos con

diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General Jaén. Y los objetivos específicos estuvieron orientados a: i) Describir las dimensiones de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2; ii) Identificar la dimensión de la calidad de vida que afecto a los adultos con diabetes mellitas tipo 2.

El estudio se justificó porque la DM2 es una de los principales problemas de morbimortalidad a nivel mundial. En la actualidad existe un gran porcentaje de personas asintomáticas debido a que no se realiza un diagnóstico temprano de la enfermedad, ocasionando sufrimiento físico, año de vida perdida, ausentismo laboral, incapacidad que afectan la calidad de vida del adulto. A pesar, de la gravedad del problema, aún los responsables de la salud pública no han desarrollado sistemas de vigilancia epidemiológica de la DM2.

Por ello, es importante determinar la calidad de vida de las personas adultas con DM tipo 2, debido a que es una importante variable de resultados a considerar en las futuras intervenciones del cuidado de la salud, para hacer más efectivo el control de la enfermedad.

A través de esta investigación se aportan datos importantes que ayudará a la comunidad científica a la realización de otros estudios cuantitativos y cualitativos asociados al objeto de estudio. Además, proporcionará información a los directivos de los diferentes establecimientos de salud, para la toma de decisiones en implementar estrategias que orienten al desarrollo de programas sustentables, que permita mejorar la calidad de vida de las personas con esta patología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Los hallazgos encontrados se detallan a continuación:

Salazar et al.⁸ investigaron La calidad de vida en adultos con DM 2 en Centro de Salud de Guadalajara, Jalisco – México en el año 2012. Los resultados señalan que 85% de las mujeres se dedican al hogar y 75% de los hombres son trabajadores activos. El 76,7% informaron que no tienen complicaciones. El 47,9% fueron tratados con dieta. La duración media de diabetes fue entre 8 y 9 años. Los pacientes hombres tienen ingresos más altos (83%) en contraste con las mujeres (59%). Concluyeron que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención en actividades físico recreativas y en asesoría educativa psicológica.

En Santiago de Chile, Lugo.⁹ estudió La calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2, en el año 2010. Concluyó que 75% de la muestra percibió que la calidad de vida fue buena, lo que indica que son personas que están atentas a sus consultas médicas para llevar el control de la enfermedad. El trabajo y la actividad sexual fueron las áreas más afectadas. A mayor edad mayor deterioro de la calidad de vida de las personas con DM2.

Vicente et al.¹⁰ en el año 2008 investigó La calidad de vida en el paciente diabético. Los resultados fueron que existió un predominio del sexo femenino sobre el

masculino; el mayor número de pacientes estaba entre 40 y 59 años; resultó significativa la asociación de la diabetes mellitus con la hipertensión arterial. La calidad de vida fue menor en los pacientes con más años de evolución, los obesos y los que padecen de enfermedad vascular periférica. Concluyen que, aunque la calidad de vida de los pacientes diabéticos no esté deteriorada de forma general pueden padecer un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad.

Haya y Palma¹¹ estudiaron La calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Programa de diabetes mellitus Hospital Es Salud –II Tarapoto, 2012. Concluyen que la edad promedio de los pacientes con DM 2 que acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior, predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 a 29 años y pertenecen al programa de 1 a 16 años. La dimensión de la calidad de vida más afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad.

Casanova et al.¹² desarrolló un trabajo de investigación titulado Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz; 2010. Los resultados señalan que existió un predominio del sexo femenino de más de 60 a 69 años, el grupo de diabéticos tiene más de 10 años de evolución, Concluyen que la Atención Primaria de Salud debe insistir en programar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, dirigido a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir a mejorar su calidad de vida.

2.2. Bases teóricas conceptuales

2.2.1. Generalidades sobre calidad de vida

La calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional que incluye factores tales

como: los estilos de vida, lugar de residencia, satisfacción con el trabajo, situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en el desarrollo de una comunidad¹³.

Según la OMS citado por Rodríguez¹⁴ señala que, la calidad de vida es: “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.

La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influenciadas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas¹⁵. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo¹⁶. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener diferente calidad de vida^{15, 17}. La autora indica que la calidad de vida es la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien.

La evaluación de la calidad de vida en el paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en lo que representa su bienestar en función de las limitaciones físicas, psicológicas y sociales y la disminución de oportunidades a causa de su enfermedad¹⁸.

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida en pacientes con DM2 comprende cuatro dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto con el tratamiento, preocupación social y

vocacional, preocupación relativa a los efectos futuros.

Satisfacción con el tratamiento: es una medida individual subjetiva que evalúa la experiencia del tratamiento, tanto el proceso como el resultado, incluyendo la facilidad de uso, la eficacia y efectos adversos¹⁹.

Impacto con el tratamiento de la calidad de vida: es la impresión o efecto de las personas que reciben tratamiento.

Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad: generalmente se ocasiona por la intranquilidad, temor, angustia, o inquietud de algo que ha ocurrido o que va a ocurrir²⁰.

2.2.2. La Diabetes Mellitus

Definición

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por hiperglucemia y asociada a una deficiencia absoluta o parcial de secreción o acción de la insulina, con alteración de los procesos metabólicos de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Por las complicaciones microvasculares y cardiovasculares que desencadena, aumenta de forma sustancial la morbilidad y mortalidad asociada con la enfermedad reduciendo la calidad de vida²¹.

Tipos de diabetes

Se han definido tres tipos de DM según su etiología: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) y diabetes gestacional.

Diabetes Mellitus Tipo 1, caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad

de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes)²². Síntomas: excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

La Diabetes Mellitus Tipo 2, es un grupo de trastornos con complejas anormalidades metabólicas. Estas incluyen: elevada producción de glucosa por el hígado, deficiente secreción de insulina por el páncreas y pobre respuesta del organismo hacia la insulina, referido como resistencia a la insulina²³. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

La DM2 es más común que la DM1, representa aproximadamente el 85% a 90% de los casos diagnosticados. Se relaciona con factores de riesgo modificables por la persona como: obesidad o sobrepeso, inactividad física y regímenes alimentarios hipercalóricos de bajo valor nutricional²⁴. En este tipo de diabetes no se administra insulina, porque se compensa con la dieta y un antidiabético oral. Esta enfermedad aparece generalmente en el adulto pero también, puede presentarse en jóvenes y en niños²⁵.

La diabetes gestacional, es un tipo de diabetes que solo se desarrolla durante el embarazo, alrededor del 2 al 10% de las futuras madres desarrollan esta enfermedad, considerada una de las más comunes del embarazo²⁶.

Complicaciones

Entre las complicaciones crónicas de la diabetes se encuentran:

Neuropatía diabética, afecta aproximadamente al 40% de los pacientes con DM2. Los principales factores de esta patología son el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad. Dentro de este grupo de afecciones se encuentra la polineuropatía diabética, que afecta al 40% de los pacientes con 10 años de evolución de la diabetes. Entre otros factores que intervienen en el desarrollo de la polineuropatía distal son el mal control metabólico y el tabaquismo.

Retinopatía diabética, se presenta entre el 15% y 60% de los pacientes diabéticos. Además, pueden presentar otras afectaciones oculares, tales como: cataratas y glaucoma de ángulo abierto. La patología ocular es más frecuente en personas con diabetes que en la población general.

Nefropatía, aproximadamente 50% de los pacientes diabéticos tiene algún tipo de afectación renal. En la DM2 la prevalencia de microalbuminuria puede acercarse al 25%, la macroalbuminuria al 5% y la de insuficiencia renal al 9%. Los pacientes con DM2 tienen 25 veces más riesgo de desarrollar insuficiencia renal, convirtiéndose en una de las principales causas de requerir diálisis.

Cardiopatía isquémica: en los pacientes con esta patología, la prevalencia de DM2 se encuentra entre el 2,4% y el 25,3%. La presencia de DM o alteración del metabolismo de la glucosa predicen un peor pronóstico después de un infarto agudo de miocardio. A nivel mundial es una de las principales causas de mortalidad de la población diabética.

Accidente cerebrovascular: se estima que aproximadamente el 40% de los pacientes que desarrollan un episodio de accidente cerebrovascular son diabéticos. La presencia de diabetes es un factor de mal pronóstico²⁷.

Pie diabético: es una complicación de la diabetes en la que intervienen diferentes factores causales y se define como la infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos del pie, asociados a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica de diferente magnitud en las extremidades inferiores de los pacientes²⁷.

Medidas para prevenir la diabetes tipo 2

Alimentos saludables

Comer alimentos con bajo contenido de grasas, pero con alto contenido de nutrientes, como cereal, pan integral, fruta, verdura, producto lácteo y proteína magra (con poca grasa). Son alimentos que proveerán de nutrientes necesarios para crecer, pero también ayudarán a mantener un peso normal y saludable que permitirá prevenir la diabetes tipo 2.

Restricción del consumo de azúcar y sal

Evitar el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar, como jugos. Evitar el consumo de los alimentos con alto contenido de sodio.

Mantenerse activo

El ejercicio puede ayudar a mantener los niveles de azúcar estables, disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca y ayudar a perder peso. Realizar ejercicios a 30 minutos diarios.

Se debe disminuir el tiempo en actividades sedentarias (ver televisión, jugar a videojuegos o usar la computadora).

Revisar los pies

Los pies se deben revisar todos los días para identificar alguna lesión, mantener limpios y secos los pies, usar zapatos y calcetines que le queden correctamente, recortar las uñas de los pies con cuidado²⁸.

2.2.3. Calidad de Vida en el paciente diabético

La DM2 puede alterar la CV tanto en el ámbito social como psicológico por las alteraciones y sensación de disminución física. Las personas con DM2 en los estadios iniciales de la enfermedad no presentan síntomas, por esta razón es importante la atención médica preventiva para diagnosticar esta patología antes que se vean afectados varios órganos, causando daños irreversibles y que la calidad de vida se vea afectada.

Las manifestaciones de la DM2 son:

-Alteraciones de la visión: cataratas, glaucoma, retinopatía; alteraciones renales: microalbuminuria, macroalbuminuria, insuficiencia renal; neurológicas: polineuropatía distal, polineuropatía autonómica; cardiovasculares: microvasculares, macrovasculares, cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio; cerebrovasculares: accidente cerebrovascular²⁹. Por ser una enfermedad crónica afecta el bienestar físico y más aún, cuando se presentan complicaciones agudas, altera el ámbito psicológico, generando frustración, baja autoestima, depresión y ansiedad. En el panorama social, las relaciones familiares y de amigos puede afectarse, por las restricciones dietéticas y físicas.

El soporte familiar es fundamental para el paciente diabético. Representa su principal fuente de apoyo afectivo, educativo, cultural, social y económico. Se ha identificado

en varios estudios que el apoyo de la familia, le permite al paciente lograr un mejor control de su enfermedad.

El equipo fundamental de soporte para el paciente diabético, es el personal de los sistemas de salud. Sin embargo, se ha encontrado un deterioro en las relaciones: médico – paciente, enfermera – paciente, personal de apoyo – paciente; lo que trae como consecuencia la disminución de la eficiencia del tratamiento, por fracaso en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, e insatisfacción del paciente³⁰.

2.2.4. Características sociodemográficas y clínicas

Son aquellos indicadores que determinan los niveles de vida y salud de las personas

Edad adulta, es una variable demográfica que determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo. La edad estará comprendida según grupo etario de: 25-59 años y > 60 años.

Sexo, condición orgánica que se distingue en masculino y femenino.

Estado civil, es la situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Comprende los siguientes ítems: casado, viudo, soltero.

Ocupación, empleo o actividad remunerado o no; que ejerce la persona y se clasifica en: Trabajador independiente, son aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y son remunerados bajo la figura de honorarios o comisiones. Estas personas, conocidas también como contratistas, tienen un tratamiento especial desde el punto de vista

tributario e incluso de seguridad social. Trabajador dependiente, es toda persona natural que preste servicios personales en el proceso social de trabajo bajo dependencia de otra persona natural o jurídica. La prestación de su servicio es remunerada.

Nivel de instrucción, está determinado por nivel de educación: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa.

Tiempo de evolución de la enfermedad, se considera el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico hasta la actualidad, se considera > de 5 años, de 6 a 9 años y > 10 años.

Discapacidad física: cuando desarrolla complicaciones la DM2, como: Neuropatía diabética, retinopatía, neuropatía, cardiopatía isquémica y aneurisma cerebrovascular.

Control de la enfermedad: basado en las mediciones de niveles glucosa y controles médicos periódicos.

Tratamiento farmacológico, comprende los siguientes indicadores: solo dieta, antidiabéticos orales, insulina, antidiabéticos orales más insulina.

Hábitos: mantiene horarios establecidos para la toma de medicamentos y para las rutinas de actividad física³¹.

2.2.5. Teoría del autocuidado

Para Dorothea Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano, y continuar con el

desarrollo personal³².

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Esta autora considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar.

Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia. En la práctica de esta teoría, se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la diabetes mellitus, donde el profesional de enfermería realiza actividades educativas para la detección precoz de la diabetes, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado.

Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente diabético buscando conductas de independencia y bienestar. El enfermero tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera una mejor calidad de vida³³.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio fue de abordaje cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En el estudio se describió las dimensiones de la calidad de vida del adulto con DM2.

El diseño de esta investigación es de corte transversal porque las observaciones se realizaron en un momento dado³⁴.

3.2. Población de estudio

Estuvo constituida por 80 adultos que asisten al control de la Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital General de Jaén durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2016. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión

Pacientes de ambos sexos adultos y adulto mayor con diagnóstico de DM 2, con tratamiento médico, atendidos en el programa de control de diabetes mellitus del Hospital General de Jaén.

Pacientes que se encuentran orientados en tiempo, espacio y persona y que residen más de seis meses en la ciudad de Jaén.

Nivel bajo:

Entre 36 a 59

El grado de confiabilidad encontrado mediante la aplicación del cuestionario DQOL, a pacientes con DM2, mostró coeficiente alfa de Cronbach de 0,92. Posteriormente el instrumento fue validado mediante juicio de expertos constituidos por tres profesionales de salud. Para la validez estadística se utilizó la prueba binomial, los puntajes obtenidos mostraron un valor de $p < 0,05$, lo que indica que el grado de concordancia es significativo (Anexo 2).

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó el permiso al director del Hospital General de Jaén, luego a los participantes del estudio se les abordó en el ambiente del Programa del adulto y se les dio a conocer los objetivos, justificación, y procedimientos para recolectar la información. A continuación, se obtuvo la autorización de los participantes, a través del consentimiento informado por escrito (Anexo 3); además se les indicó que si en cualquier momento los pacientes deciden no participar en el estudio lo pueden hacer sin que esto repercutiera en la atención que recibe en el establecimiento de salud. El tiempo promedio de aplicación del instrumento fue aproximadamente de 20 minutos.

3.5. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recolectados fueron revisados por la investigadora para identificar si el instrumento estaba completo. A continuación, se diseñó y alimentó la base de datos en Excel. Luego los datos fueron procesados a través del paquete estadístico PASW Statistics (SPSS) versión 21. El análisis estuvo basado en medidas de frecuencia para variables nominales, ordinales, y media de tendencia central y desviación estándar para variables continuas; los mismos que fueron interpretados y analizados sobre la base del marco empírico y teórico.

3.6. Criterios éticos

Para el desarrollo de la investigación se cumplió con normas éticas: principio de justicia, beneficencia - maleficencia, justicia y confidencialidad.

Principio de beneficencia - maleficencia, implica el no dañar física o psicológicamente a las personas sometidas a investigación, por lo cual se tomaron las medidas preventivas necesarias para proteger a los adultos y adultos mayores en contra de cualquier tipo de daño o molestia, por ello, se les comunicó que la información proporcionada solo es con fines de investigación.

Principio de respeto a la dignidad humana, este principio tiene que ver con la Autodeterminación. En la investigación los participantes decidieron sin presión participar o no en la investigación, luego de conocer los objetivos y metodología del estudio.

Principio de justicia, los participantes recibieron un trato justo y no discriminatorio en todo el proceso de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas y clínicas

Respecto a las características sociodemográficas el grupo etáreo que predominó fue entre los 60 a 78 años (57,5%), corresponde a la edad promedio de 69,0 años, seguido del grupo etario comprendido entre 25 a 59 años (42,5%). La mayor proporción fueron de sexo femenino (66,3%), de estado civil casado (76,3%), con grado de instrucción primaria incompleta (65%), ocupación amas de casa (60%), evidenciándose en la tabla 1.

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada

Datos sociodemográficos	N°	%
Edad		
25-59	34	42.5
60- 78	46	57.5
Sexo		0
Masculino	27	33.8
Femenino	53	66.3
Estado civil		
Soltero	9	11.3
Casado	61	76.3
Viudo	10	12.5
Divorciado		
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	52	65,0
Primaria completa	21	26,2
Secundaria incompleta	6	7,5
Secundaria completa	1	1,3
Ocupación		
Ama de casa	48	60,0
Trabajo eventual	22	27,5
Obrero	10	12,5
TOTAL	80	100,0

En cuanto a las características clínicas los pacientes son tratados con antibióticos orales (97,5%), no realizan actividad física todos los días (83,8%), una vez al mes controlan la enfermedad (66,3%), presentan nefropatía diabética (65%), toman los medicamentos a la hora indicada (63,8%), el tiempo de evolución de la enfermedad de 6 a 10 años (45%), según se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes adultos con diabetes mellitus

Datos clínicos	N°	%
Tiempo de evolución		
< 5 años	13	16,3
6 a 10 años	36	45,0
>10 años	31	38,8
Tratamiento		
Dieta solamente	1	1,2
Antidiabéticos orales	78	97,5
Insulina	1	1,2
Control de la enfermedad		
Una vez al mes	53	66,3
Dos veces al mes	19	23,8
Tres veces al mes	3	3,7
Cuatro veces al mes	5	6,2
Discapacidad física		
Neuropatía diabética	27	33,8
Hipoglicemia diabética	52	65,0
Cardiopatía isquémica	1	1,2
Toma medicamento a la hora		
Si	51	63,8
No	29	36,3
Realiza actividad física		
Si	13	16,3
No	67	83,8
TOTAL	80	100,0

4.2. Calidad de vida global de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

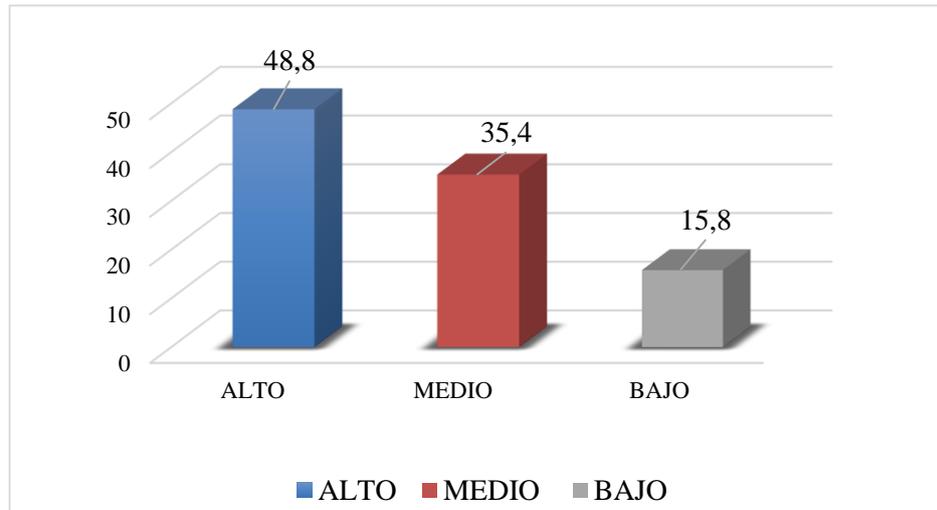


Figura 1. Calidad de vida global

En la figura 1, se observa la calidad de vida a nivel global es alta con tendencia a media.

4.3. Dimensiones de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2

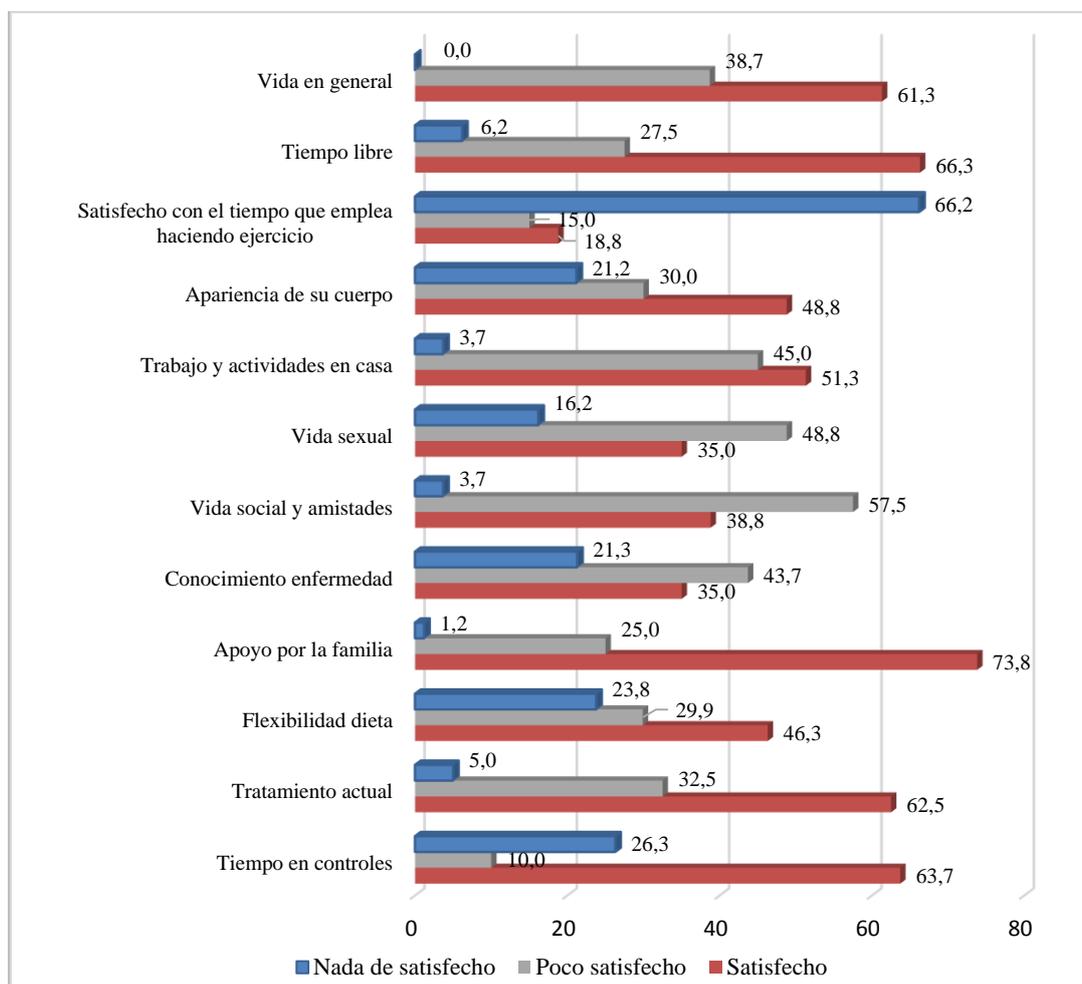


Figura 2. Dimensión satisfacción con el tratamiento de la calidad de vida

Se evidencia en la figura 2 que los pacientes muestran satisfacción respecto al apoyo por la familia (73,8%); tiempo libre (66,3%), tiempo en los controles (63,8%); tratamiento actual (62,5%) vida en general (61,3%); trabajo y actividades en casa (51,3%); sin embargo un menor porcentaje estuvo poco satisfechos con la vida social y amistades (57,5%); vida sexual (48,8%) y conocimiento de la enfermedad (43,8%).

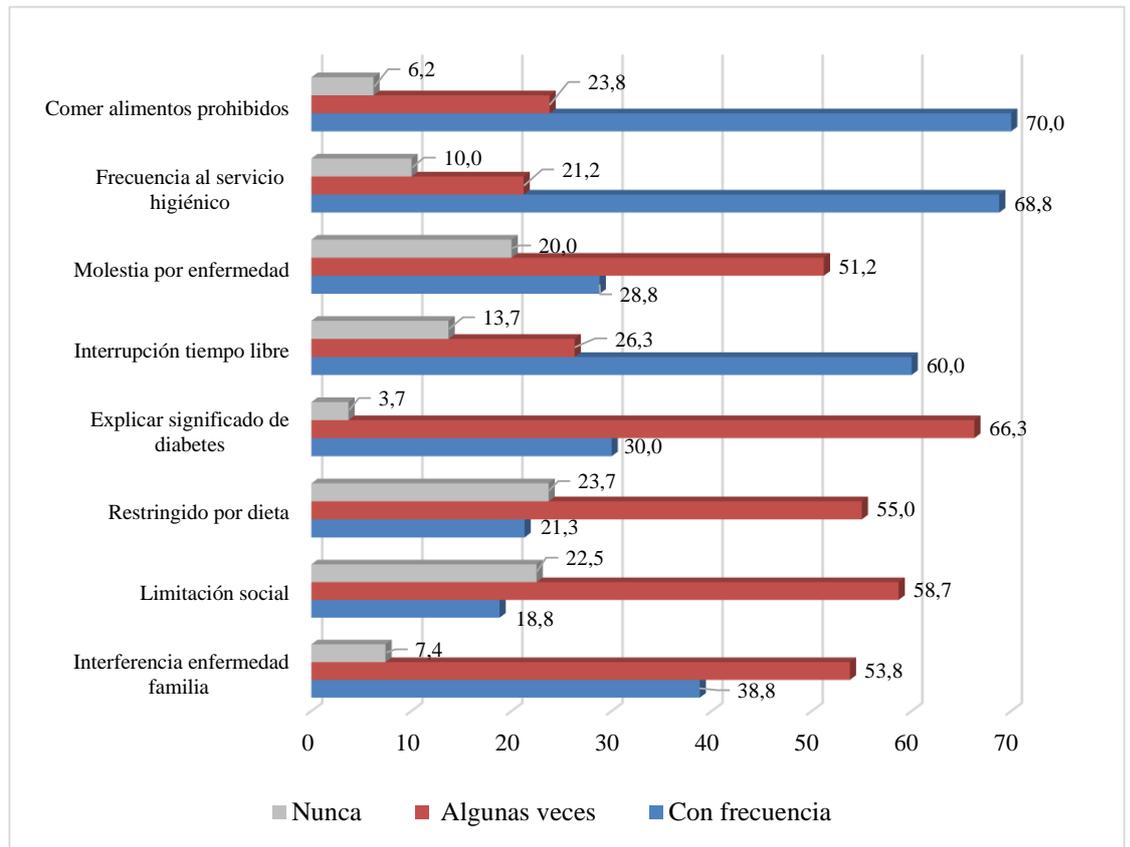


Figura 3. Dimensión impacto con el tratamiento de la calidad de vida

Respecto a la valoración del impacto con el tratamiento, se observa en la figura 3 que más de la mitad de los adultos comen alimentos prohibido (70,0%); con frecuencia acuden a los servicios higienicos (68,8%); la enfermedad interrumpe las actividades de su tiempo libre (60%). Sin embargo, algunas veces los pacientes conocen qué significa diabetes (66,3%); la enfermedad limita sus relaciones sociales y amistades (58,7%); sienten restricción por su dieta (55%); y molestia por la enfermedad (51,2%).

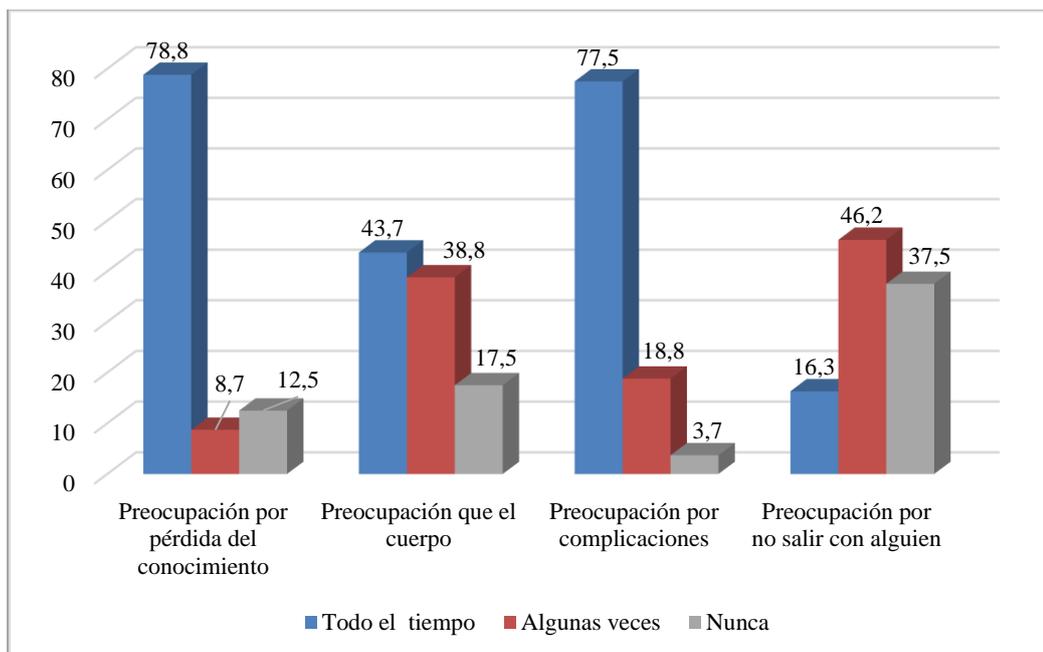


Figura 4. Dimensión preocupación acerca de los efectos futuros de la enfermedad.

En la figura 4, se observa que más de la mitad de los pacientes, todo el tiempo muestran preocupación por pérdida del conocimiento (78,8 %) y por las complicaciones (77,5%).

4.4. Dimensiones de la calidad de vida según el nivel de afectación a los adultos con diabetes mellitus tipo 2

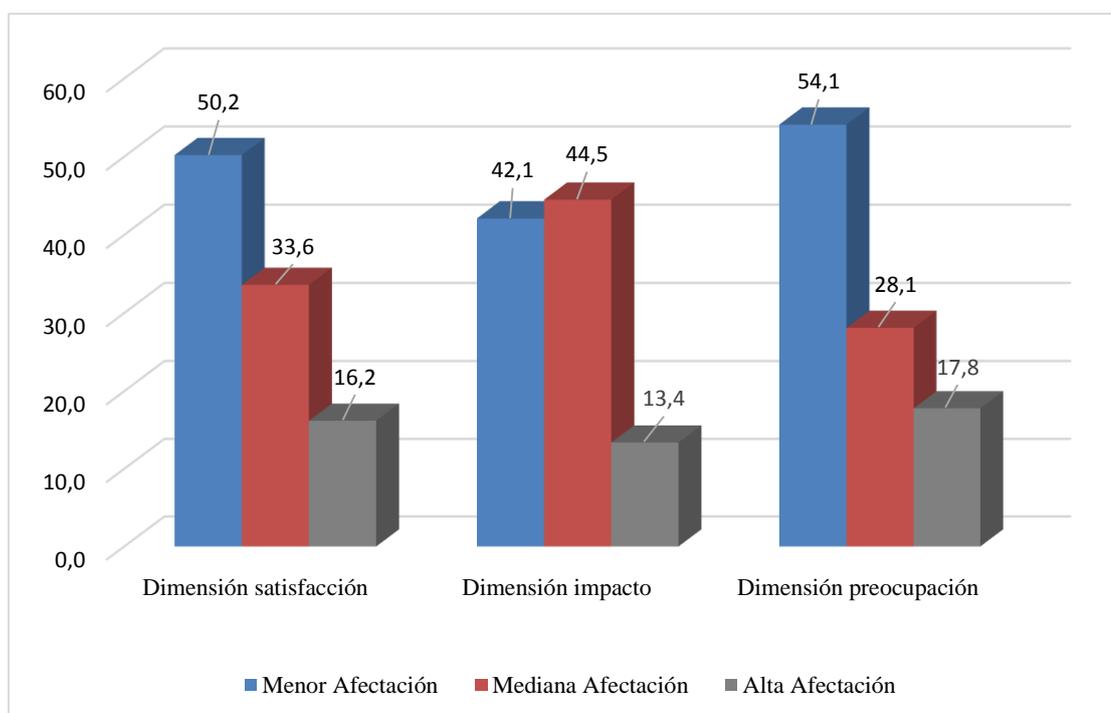


Figura 5. Dimensiones de la calidad de vida según afectación

En la figura 5, se observa la calidad de vida en la dimensión satisfacción y preocupación por los efectos futuros de la enfermedad tuvieron menor afectación (50,2%, 54,1%); y la dimensión impacto en el tratamiento tuvo mediana afectación (44,5 %).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La calidad de vida en esta investigación es considerada la sensación de bienestar que expresa el paciente diabético en relación a las dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto con el tratamiento y preocupación por el efecto futuro de la enfermedad.

La calidad de vida global está relacionada con el estudio de Romero et al.³⁵ en Colombia quienes señalaron que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen una calidad de vida alta sin embargo Huang y Hung³⁶ hallaron que los pacientes estuvieron en el nivel medio alto en la calidad de vida.

Respecto a la calidad de vida según dimensiones. En la satisfacción con el tratamiento, los resultados se relacionan con lo reportado por Bautista et al.³⁷ que los pacientes estuvieron satisfechos con la apariencia de su cuerpo (37,9%). Gonzales y Rivas³⁸ encontraron satisfacción con el control de la diabetes. Sin embargo, los resultados no coinciden con lo reportado por Bautista et al.³⁷ que los pacientes estuvieron satisfechos con su vida social y amistades (43,2%) e insatisfechos con la flexibilidad de su dieta (4,1%) y con el tiempo libre (5,2%).

Es importante resaltar que el principal recurso utilizado para el control de los diabéticos sigue siendo la dieta a pesar que la mayoría de los pacientes presenta comorbilidad y que solo una cuarta parte lo relacionan con complicaciones de la diabetes, en un tiempo de evolución promedio 9 años³⁹.

En relación al conocimiento de la enfermedad, esta variable se relaciona con el bajo

nivel educativo en el estudio fue primaria incompleta (Tabla 1). El nivel de escolaridad en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes influye para obtener información y asumir un rol positivo en el autocuidado que debe iniciar y mantener desde el momento en que conoce el diagnóstico.

Bastías et al.³² señala que el autocuidado está directamente influenciado por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia de los pacientes con diabetes tipo 2. Además, Quirantes et al.⁴⁰ indicaron que el descontrol de la enfermedad es consecuencia directa de una deficiente o ausente educación del paciente con diabetes y de sus familiares.

Por lo que este tipo de pacientes necesitan el apoyo de la familia, según, Bautista y Zambrano³⁷ señalan [...] que la enfermedad en el ser humano tiene dos componentes, uno patológico y uno ecológico, en este último la familia y los amigos constituyen el contexto social más significativo y duradero. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia o personas cercanas en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que obtenga, influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por tanto, en el control de la diabetes.

Coffman⁴¹ refiere que el apoyo social estaría asociado con la adherencia al tratamiento, ya que entregaría al paciente mayores recursos para afrontar su condición y de este modo podría seguir su tratamiento farmacológico y lograr un mejor control de las glicemias. Además, Martos y Poso⁴² en España indicaron que el apoyo social aparece en general como el factor que más relación tiene a la hora de que los

pacientes incumplan o no su tratamiento recomendado por su médico. Dato importante para el diseño de intervenciones dirigidas a incrementar la adherencia al tratamiento en especial en la dieta, ejercicios físicos, en la que estas conductas “negativas” por parte de los familiares deberían ser consideradas como objetivos prioritarios de actuación. A los pacientes con tratamiento de insulina se les pide que se adhieran a las recomendaciones del tratamiento y gestión de sí mismo, tareas que necesitan a largo plazo de apoyo social. El apoyo social positivo se relaciona con la adherencia a la medicación.

Por consiguiente, el apoyo social es importante para la salud de los pacientes crónicos, y en especial el apoyo recibido de las personas más cercanas como de su pareja, de la familia; por lo que los pacientes cumplirán en mayor medida con las pautas de medicación prescritas por el médico y percibirán a la vez tener una mejor salud.

Watson⁴³ considera que la prestación de cuidados es un aspecto central de enfermería, y lo refiere como el “centro unificador de la práctica. El enfermero debe realizar diversas intervenciones, entre ellas la promoción de la salud de las personas a través de acciones preventivas tales como: el reconocimiento de las habilidades de adaptación frente a los daños, fomentar la enseñanza-aprendizaje interpersonal y la provisión de apoyo situacional”. Estos lineamientos fundamentan el desarrollo de acciones de educación como herramienta para que las personas se informen, mejoren sus estilos de vida y adopten conductas saludables que contribuyan a la calidad de vida.

En relación a la dimensión impacto con el tratamiento. Los hallazgos no son similares con los reportados por De Pablos⁴⁴ quien encontró que los parámetros de esta

dimensión determinan la calidad de vida en los pacientes con DM 2 como son :cortejo sintomático derivado del mal control metabólico, complicaciones crónicas microangiopáticas y vasculares, discapacidad física secundaria amputaciones o secuelas de complicaciones, deterioro cognitivo, trastornos afectivos y cambios en el entorno social y las variaciones en el estilo de vida derivados del esquema terapéutico. Esta última se relaciona con el estudio, debido a que se encontró en el estudio que los pacientes con frecuencia comen alimentos prohibidos, restricción con la dieta e interfieren con los ejercicios (tabla 4).

Según, la Organización Mundial de la Salud considera a la diabetes mellitas una enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que persiste a lo largo de su vida Para Romeo et al.³⁵ los estilos de vida, se constituye en un factor influyente en la manera como el paciente percibe la calidad de vida. En este tipo de pacientes se puede afectar la calidad de vida en términos de bienestar físico, psicológico y social.

Bautista y Zambrano³⁷ reportaron resultados similares en Colombia que la calidad de vida percibida se ve afectada en la subescala de impacto al tratamiento, posiblemente, por la persistencia de síntomas propios de la diabetes, como poliuria, complicaciones cardiovasculares, dificultades para adoptar una dieta balanceada y valoración subjetiva del estado de salud por sentirse enfermo. La calidad de vida en un paciente crónico es la resultante de la interacción de varios factores, entre ellos la adherencia al tratamiento, el apoyo social recibido y percibido y la percepción personal que tenga el paciente según el contexto cultural.

Respecto a la interferencia enfermedad familia los resultados no guardan relación con los hallazgos de Bautista L y Zambrano G.³⁷ donde 76,6% de los pacientes no

ocultaron a su familia o amigos si el tratamiento farmacológico produce efectos. Al respecto Portilla⁴⁵ señala que en la interferencia enfermedad familia es importante la integración familiar y el soporte que esta brinda se asocia con el impacto que tendrá la diabetes en los pacientes. Es decir, las intervenciones destinadas a desarrollar las habilidades de interacción positiva es la familia.

En cuanto a la restricción con la dieta Martos y Poso⁴² indican que, en el caso de la dieta, son precisamente las conductas de no ayuda las que más se relacionan con el incumplimiento de esta parte importante del tratamiento.

Estos hallazgos son importantes para el enfermero y el equipo de salud en general, quienes evalúan el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, para brindar un manejo integral al paciente con DM tipo 2.

Para mejorar el impacto con el tratamiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, es de vital importancia cuidar no solo la parte física, sino también los enfermeros deben dirigir la mirada hacia la parte emocional ya que esta se ve afectada después del diagnóstico Diabetes Mellitus, si bien la enfermedad es irreversible se puede enseñar al paciente a adaptarse a vivir y convivir con su nueva condición de vida.

Por ello, esta dimensión se puede mejorar mediante la educación al equipo de salud, específicamente al personal de enfermería, proceso que se debe tener en cuenta la percepción de cada paciente antes de dar información cognitiva, lo que permite trabajar en el mismo cuadro conceptual que el paciente. Watson⁴³ en la filosofía y teoría del cuidado plantea que uno de los diez factores cuidadosos que el enfermero debe fortalecer o desarrollar es promocionar la enseñanza y el aprendizaje interpersonal. El profesional de enfermería puede brindar un cuidado más humano, a

su vez que informa al paciente y deriva a este la responsabilidad de su salud y bienestar.

Es decir, la meta final de los enfermeros debe centrarse en realizar intervenciones para que la vida de los pacientes mejore en la medida de lo posible y consigan adherirse a sus tratamientos, con los consiguientes beneficios y mejora de su calidad de vida.

Respecto a la dimensión preocupación acerca de los efectos futuros los resultados no coinciden con lo reportado por Bautista³⁷ donde 51,5% de los pacientes no se preocupan que otras personas no se relacionen con él por la presencia de la enfermedad y 45,6% algunas veces se preocuparon porque se puedan desmayar. Sin embargo, se relacionan con los hallazgos de Martos y Pozo⁴² quien encontró que los pacientes se preocupan por la pérdida del conocimiento como olvidan realizar la dieta o el ejercicio físico prescrito. También, Beléndrez et al.⁴⁶ encontraron que existe altos niveles de preocupación por el riesgo de sufrir una hipoglucemia, por la posibilidad de complicaciones futuras o el malestar cuando la diabetes está *fuera de control* son aspectos que resultan problemáticos para una proporción importante de pacientes.

Al respecto Salazar et al.³⁹ señalaron que el número de complicaciones es un predictor débil de calidad de vida de las escalas de diabetes.

Referente a la dimensión de la calidad de vida según nivel de afectación. Los resultados son corroborados por Bautista et al.³⁷ en Colombia, quienes encontraron similitud en la subescala de menor afectación fue preocupación por los efectos futuros de la enfermedad con 9,9, sin embargo, no coincide con el estudio que la subescala más afectada fue impacto en el tratamiento, con un promedio de 41,1. Posiblemente por la etapa evolutiva de los encuestados, en su mayoría son pacientes mayores de 69

años (Tabla 1), en donde los aspectos están ligados a la restricción de la dieta, interferencia de la enfermedad con la familia, limitación social y amistades, interrupción con el tiempo libre (Anexo 5 tabla 4), es decir, ya no son tan relevantes en comparación con otros aspectos de su vida. Según Lugo⁹ en Chile, señaló que a mayor edad mayor deterioro de la calidad de vida de las personas.

Además, Pichardo et al.⁴⁷ en México señalaron que el tratamiento de esta enfermedad requiere, no solo de nuevos recursos terapéuticos, sino de la participación decidida del paciente, lo cual implica acciones específicas orientadas a modificar sus hábitos y estilos de vida.

Resultados contrarios reportaron Cárdenas et al.⁴⁸ que la subescala más afectada fue satisfacción con el tratamiento y la menos afectada fue el impacto en el tratamiento de la diabetes. Urzua et al.⁴⁹ encontraron que el dominio más afectado correspondió a la preocupación por efectos futuros de la diabetes. Esto posiblemente debido a las potenciales complicaciones derivadas de un mal manejo de la enfermedad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General de Jaén, presentan a nivel global alta con tendencia a media, no se corroboró la hipótesis.
- En la dimensión satisfacción con el tratamiento de la calidad de vida los pacientes refirieron satisfacción por el apoyo de la familia, tiempo libre, tiempo en los controles, tratamiento actual, vida en general, trabajo y actividades en el hogar. Y estuvieron poco satisfechos con la vida social y amistades, vida sexual y conocimiento de la enfermedad.
- En la valoración del impacto con el tratamiento, se encontró que más de la mitad de los pacientes consumen alimentos prohibidos, con frecuencia acuden a los servicios higiénicos y la enfermedad interfiere con las actividades de su tiempo libre. Algunas veces los pacientes conocen qué significa diabetes, la enfermedad limita sus relaciones sociales y amistades, sienten restricción por su dieta y molestia por la enfermedad.
- Más de la mitad de los pacientes refieren preocupación acerca de los efectos futuros por pérdida del conocimiento y complicaciones.
- Las dimensiones que presentaron menor afectación fueron satisfacción con el tratamiento y preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y mediana afectación fue la dimensión impacto en el tratamiento.

Recomendaciones

- El personal de salud debe programar actividades de promoción a la salud y

prevención a las enfermedades dirigido a los adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en todas las dimensiones y por ende, aspirar a una longevidad satisfactoria.

- Realizar investigaciones sobre esta temática con diversos abordajes para una mejor comprensión del objeto de estudio

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López C, Rodríguez M. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*; 2006 [Consultado 4 Julio de 2016] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
2. King, R.E. Aubert, W.H. Herman Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. 2005. *Diabetes Care*. (1): 1414-1431.
3. Hogan, T. Dall, P. Nikolow Economic costs of diabetes in the USA *Diabetes Care* 2005; 1 (26): 917-932.
4. Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. *Rev .Pan Am J PublicHealth* .2001; 10(5): 300-30.
5. Instituto Nacional de Estadística. Informativa nacional sobre la diabetes. 2014 [Consultado 5 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/#sthash.n5XrjqWz.dpuf>
6. De los Ríos. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. México. *RevMed IMSS*; 2004. Vol. 42: 109-116.
7. Espinoza A. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho; 2009.
8. Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, Gonzales R, Pando M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en Centro de Salud de Guadalajara, Jalisco México; 2012. 28 (2). [Consultado 28 mayo, 2016] Disponible en:

file:///D:/Angelica%20Bobadilla/4566-17812-1-PB.pdf.

9. Lugo G. Calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de maestría] Santiago; 2010. [Consultado 29 mayo, 2016] Disponible en <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1822/1/RI001356.pdf>.
10. Vicente B, Zerquera G, Peraza D, Castañeda E, Irizar J. Calidad de vida en el paciente diabético. 2008. 6 (3). [Consultado 2 junio de 2016] Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2883124>.
11. Haya K, Palma K. La calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa de diabetes mellitus Hospital EsSalud –II Tarapoto, Tesis de licenciatura] Universidad Nacional de San Martín; 2012.[Consultado 20 de julio de 2016].Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_99_Binder1.pdf.
12. Casanova M, Trasancos M, Orraca O, Prots O Belkis D. Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz; 2010. *Rev médicas*.15 (2).
13. Farmacoter F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Conceptos y criterios de revisión. Brasil; 2004. 2: 1-11.
14. Rodríguez J. Cuernavaca. Calidad de vida Adaptación y validación del instrumento Calidad de Vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. México; 2006. 48: 200-211.
15. Testa MA, Simonson DC. Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. *Engl J Med* .2006. 334(13): 835-840.
16. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring. 2008. 316 (7130):542-545.
17. Turner RR, Testa MA, Simonson DC. Valuing quality of life and improvements

- in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*; 2008.
18. Bellio M, Bonilla D, Brito R, García J, Herrera U. Calidad de Vida y algunos factores psicosociodemográficos en pacientes mayores de 50 años de edad del club de diabetes e hipertensión ambulatoria urbano; 2008.
 19. Speight J, Reaney M, Barnard K. Not all roads lead to Rome a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *DiabeticMed*, 2009; 26:315-327.
 20. Prados J. La preocupación: teoría e intervención. 2006 [Consultado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/4609>].
 21. Organización Mundial de la Salud- OMS. World Health Organization. The prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications; 2008.
 22. Arteaga A, Maiz A, Olmos P, Velasco N. Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Chile; 2007.
 23. Organización Mundial de la Salud- OMS Diabetes. 2006 [Consultado 17 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
 24. Escalante J. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Investigación en salud; 2008.
 25. Organización Panamericana de la Salud-OPS. Populations and Individual Approaches to the Prevention and Management of Diabetes and Obesity. Washington; 2010.
 26. American Diabetes Association. Diabetes Gestacional 2006 [Consultado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional>.
 27. Calderón A. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. Madrid; 2007, *Revista Española de Cardiología*. Vol. 7: 3 -11.
 28. Melchior, AC. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes:

Conceptos y criterios de revisión. Brasil: 2007.

29. Elbert S., Sydney E., Bernard G. Patient perceptions of quality of life with diabetes - Related complications and treatments. 2007, *Diabetes Care*. 30: 2478 - 2482.
30. Cunha M. Calidad de vida y diabetes: variables psico-sociales. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu; 2008.
31. Robles R, Cortaza J, Sánchez J, Páez F Nicolini H. Evaluación de la calidad de vida de Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQO. 2008. 15 (2).
32. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El SevierScience; 2006.
33. Bastías E, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2007. 10(1):41-56.
34. Hernández C, Balista P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México. Interamericana; 2010.
35. Romero E, Acosta S, Carmona I, Jaimes A, Mercedes M, Góngora A. et al. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena. Colombia. *Rev. Cienc.biomed*.2010. 1(2). [Consultado 17 de febrero de 2017]. Disponible en:<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/971>
36. Huang M, Hung C, Qualy of life and prdictrs for middle aged and elderly tients with type 2 diabetes mellitus. *Journald of NursingResearch*; 2007.
37. Bautista LM, Zambrano GE. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos

- tipo 2. *InvestigEnferm. Imagen Desarr. Colombia*;2015;17(1). 2006 [Consultado 18 marzo de 2017]. Disponible en:<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760>
38. González M, Rivas V. Calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 [internet]; 2008 [Consultado 23 abril de 2017. Disponible en: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%2008/DACS/VRivasA%201.pdf> 26.
39. Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, Gonzales R, Pando M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centro de salud de Guadalajara, Jalisco. México; 2012. 28 (2). 2006 [Consultado 25 abril de 2017]. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a09.pdf>
40. Quirantes A, López L, Curbelo V, Montano J, Machado P, Quirantes A. La calidad de vida del paciente diabético. *El Hospital* [internet]. 2008 [Consultado 23 abril de 2017]:36-41. Disponible en [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS_23_\(4\)095.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS_23_(4)095.pdf)
41. Coffman, M. J. Effects of tangible social support and depression on diabetes self-efficacy. *Journal of Gerontological Nursing*; 2008
42. Martos M, Pozo C. Apoyo funcional vs. Disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. España; 2011. 27 (1). 2006 [Consultado 23 abril de 2016]. Disponible en:<file:///C:/Users/ELENA/AppData/Local/Temp/113461-450451-1-PB.pdf>
43. Watson J. *Filosofía y teoría de los cuidados humanos*. 3a ed. s. l.: Universidad de Colorado; 1999.
44. De Pablos P. *La calidad de vida en los pacientes con diabetes*. Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; 2006.

45. Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. 2011 [Consultado 25 abril de 2017]. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/Portilla_gl.pdf
46. Beléndez M, Lorente I, Maderruelo M. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. 29(4). Barcelona; 2015. [Consultado 27 abril de 2017]; http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9111-2015000400011
47. Pichardo J, Elizaldi N. Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar. México; 2015.22(4). [Consultado 20 marzo de 2017].Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1405887116300633/1-s2.0-S1405887116300633-main.pdf?_tid=fdfa0f0e-2108-11e7-8a81-00000aacb362&acdnat=1492170996_f27b8cbdc7de28e74db00a5343e514ad
48. Cárdenas V, Pedraza C, Lerma R. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia (UANL). 2005; VIII(3):351-7.
49. Urzua A, Chirino A, Valladares G. Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Revmedic Vol. 139 (3) Santiago; 2011 [Consultado 24 marzo de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300005

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO	ESTADÍSTICA
<p>Pregunta de investigación:</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital General Jaén, 2016?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>a) Determinar la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General Jaén.</p>	<p>La calidad de vida que presentan los adultos con diabetes mellitus tipo 2 es media con tendencia a alta.</p>	<p>V1. calidad de vida</p> <p>La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye factores tales como: los estilos de vida, lugar de residencia, satisfacción con el trabajo, situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en el desarrollo de una comunidad</p>	<p>Población</p> <p>Estuvo constituida por 80 adultos que asisten al control de la Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital General de Jaén durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2016.</p>	<p>Medidas de frecuencia para variables nominales, ordinales, y media de tendencia central y desviación estándar</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <p>a) Describir las dimensiones de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>b) Identificar la dimensión de la calidad de vida que afecta a los adultos con diabetes mellitas tipo 2.</p>		<p>Método</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño</p> <p>Transversal</p> <p>Instrumento</p> <p>cuestionario</p> <p>Procesamiento</p> <p>Programa SPSS ver, 21</p>		

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIBETES TIPO 2

Instrucciones:

Buenos días/ tardes señor /señora. Las preguntas del cuestionario se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes Agradeciéndole de antemano su valiosa opinión.

I. Datos sociodemográficos y clínicos

1. Edad

- 1) 25-59 2) >60

2. Sexo

Masculino () Femenino ()

3. Estado civil

- 1) Soltero () 2) Casado () 3) Viudo () 4) Divorciado

4) Grado de instrucción

- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------|-----|
| a) Primaria incompleta | () | d) Secundaria completa | () |
| b) Primaria completa | () | e) Superior incompleta | () |
| c) Secundaria incompleta | () | f) Superior completa | () |

5) Ocupación

- | | | | |
|----------------------|-----|---------------------|-----|
| a) Labores del hogar | () | d) Trabajo eventual | () |
| b) Empleado (a) | () | e) Obrero | () |
| c) Comerciante | () | f) Estudiante | () |

6) Tiempo de evolución

- 1) < 5 años 2) 6 a 10 años 3) >10 años

7) Tratamiento

- | | | | |
|--------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| a) Dieta solamente | () | d) Antidiabéticos orales + Insulina | () |
| b) Antidiabéticos orales | () | e) Sin dato | () |
| c) Insulina | () | | |

8) Control de la enfermedad

- 1) Cada que tiempo se mide la glucosa.....
2) Cada que tiempo acude al control médico.....

9) Discapacidad física

- a) Neuropatía diabética () c) Cardiopatía isquémica ()
 b) Nefropatía diabética () d) Aneurisma cerebrovascular ()

10) Hábito

- a) Toma los medicamentos a la hora indicada Si () No ()
 b) Realizar actividad física todos los días a la misma hora Si () No ()

II. Calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Valor				Opciones de respuesta		
1	2	3				
Dimensión satisfacción con el tratamiento						
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho			
1	¿Está usted satisfecho con la calidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?			1	2	3
2	¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en controles?			1	2	3
3	¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?			1	2	3
4	¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?			1	2	3
5	¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?			1	2	3
6	¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?			1	2	3
7	¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?			1	2	3
8	¿Está usted satisfecho con su hora de sueño?			1	2	3
9	¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?			1	2	3
10	¿Está usted satisfecho con su vida sexual?			1	2	3
11	¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo u hogar?			1	2	3
12	Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo			1	2	3
13	¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?			1	2	3
14	¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?			1	2	3
15	¿Está usted satisfecho con su vida en general?			1	2	3
Dimensión impacto con el tratamiento						
	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia			
16	¿Con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?			1	2	3
17	¿Con que frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?			1	2	3
18	¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?			1	2	3
19	¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?			1	2	3
20	¿Con que frecuencia tiene problemas para dormir?			1	2	3

21	¿Con que frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3
22	¿Con que frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3
23	¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3
24	Con que frecuencia su diabetes le impide manejar	1	2	3
25	¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1	2	3
26	¿Con que frecuencia abandona sus tareas en el trabajo o casa por su diabetes?	1	2	3
27	¿Con que frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?			
28	¿Con que frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3
29	¿Con que frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3
30	¿Con que frecuencia siente que usted va más al cuarto de baño que los demás?	1	2	3
31	¿Con que frecuencia come algo que no debe antes decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3
32	¿Con que frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está haciendo una reacción insulínica?	1	2	3
Preocupación relativa a los efectos futuros				
	Nunca	Algunas veces	Todo el tiempo	
33	Con que frecuencia le preocupa si perdería el conocimiento	1	2	3
34	¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	1	2	3
35	Con que frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1	2	3
36	Con que frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes	1	2	3

PRUEBA BIMODIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

CONCORDANCIA ENTRE JUECES

Ítems	JUECES			Total	Valor Bimodal
	J1	J2	J3		
1					
2	1	0	1	2	0,062
3	1	1	1	3	0,009
4	1	1	1	3	0,009
5	1	1	1	3	0,009
6	1	1	1	3	0,009
7	1	1	1	3	0,009
8	1	1	1	3	0,009
9	1	1	0	2	0,062
10	1	1	1	3	0,009

$P < 0,05$

$$P = \frac{\sum p_i}{10}$$

$$P = 0,0196$$

Los resultados son menores a 0,05 por lo tanto el grado de concordancia es significativo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YoAcepto participar en la investigación titulada **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUSTIPO 2 DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**, después de haber sido informada de los objetivos y de la metodología.

Además, soy consciente que tengo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento si considero conveniente y dejar de participar en el estudio, sin que esto perjudique mi atención en el establecimiento de salud. El informe final será publicado solo con fines investigativos.

Firma

DNI.....

Tabla 3. Dimensión satisfacción con el tratamiento de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2016

Aspecto/ valoración	Satisfecho		Poco satisfecho		Nada de satisfecho	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiempo en controles	51	63,8	8	10,0	21	26,3
Tratamiento actual	50	62,5	26	32,5	4	5,0
Flexibilidad dieta	37	46,3	24	30,0	19	23,8
Apoyo por la familia	59	73,8	20	25,0	1	1,25
Conocimiento enfermedad	28	35,0	35	43,8	17	21,3
Horas de sueño	18	22,5	20	25,0	42	52,5
Vida social y amistades	31	38,8	46	57,5	3	3,75
Vida sexual	28	35,0	39	48,8	13	16,3
Trabajo y actividades en casa	41	51,3	36	45,0	3	3,75
Apariencia de su cuerpo	39	48,8	24	30,0	17	21,3
Satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio	15	18,8	12	15,0	53	66,3
Tiempo libre	53	66,3	22	27,5	5	6,25
Vida en general	49	61,3	31	38,8	0	0,0

Tabla 4. Dimensión impacto con el tratamiento de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2016

Aspecto/ valoración	Con frecuencia		Algunas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dolor asociado al tratamiento	20	25,0	23	28,8	37	46,3
Enfermedad física	34	42,5	36	45,0	10	12,5
Interferencia enfermedad familia	31	38,8	43	53,8	6	7,5
Problemas para dormir	35	43,8	19	23,8	26	32,5
Limitación social y amistades	15	18,8	47	58,7	18	22,5
Restringido por dieta	17	21,3	44	55,0	19	23,8
Interferencia vida sexual	17	21,3	37	46,3	26	32,5
Interferencia ejercicio	31	38,8	18	22,5	31	38,8
Interferencia en el trabajo o casa	39	48,8	28	35,0	13	16,3
Explicar significado de diabetes	24	30,0	53	66,3	3	3,75
Interrupción tiempo libre	48	60,0	21	26,3	11	13,8
Molestia por enfermedad	23	28,8	41	51,2	16	20,0
Frecuencia al servicio higiénico	55	68,8	17	21,3	8	10,0
Comer alimentos prohibidos	56	70,0	19	23,8	5	6,25

Tabla 5. Dimensión preocupación acerca de los efectos futuros de la enfermedad

Aspecto/ valoración	Todo el Tiempo		Algunas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preocupación por pérdida del conocimiento	63	78,8	7	8,75	10	12,5
Preocupación que el cuerpo	35	43,7	31	38,8	14	17,5
Preocupación por complicaciones	62	77,5	15	18,8	3	3,75
Preocupación por no salir con alguien	13	16,3	37	46,2	30	37,5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA”

Av. Atahualpa N°1050

Repositorio digital institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombre y Apellidos: Angelica Mileny Saavedra Bobadilla

DNI: 45728425

Correo Electrónico: angelica_lovetauro@hotmail.com, Amsaavedrab@unc.edu.pe

Teléfono: 942812016

2. Grado, título o especialidad:

Bachiller

Doctor

Título

Magister

3. Tipo de investigación¹:

Tesis

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia Profesional

Título: calidad de vida en los adultos con diabetes mellitus tipo 2.Hospital General. Jaén, 2016

Asesor: Dr. Elena Vega Torres

Año: 2017

Escuela Académica/Unidad: Escuela Académico Profesional De Enfermería Filial Jaén

¹Tipo de Investigación

Tesis: Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

4. Licencias:

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creadas o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósito de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultando a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre de autor del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito



Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

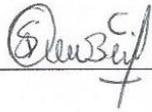
_____ Si, autorizo, que se deposite a partir de la fecha

_____ No autorizo.

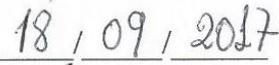
b) Licencias Creative Commons²

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firma



Fecha

²Licencias Creative Commons: Las licencias Creative Commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.