

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PUNO-2018.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**ZUANI MARLUZ PINEDA RAMOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2019**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PUNO-2018.

PRESENTADA POR:

ZUANI MARLUZ PINEDA RAMOS



PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:

  
Dra. NARDA ESTELA CALSIN CHIRINOS

PRIMER MIEMBRO:

  
M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

SEGUNDO MIEMBRO:

  
Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

DIRECTOR / ASESOR:

  
Dra. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA

Área : Salud del adulto

Tema : Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Fecha de sustentación: 30 de diciembre del 2019

## DEDICATORIA

A Dios por guiarme y cuidarme  
dándome sabiduría y fuerza para  
lograr mis objetivos.

Con mucho amor y cariño a mis queridos  
padres Juan y Petronila por ser una fuente de  
inspiración para seguir adelante y darme el  
regalo más grande mi educación. A mis  
hermanos por el apoyo moral y darme el  
aliento de seguir estudiando.

A mis queridos docentes por su enseñanza y  
motivación durante mi formación  
profesional.

A mis amigos(as) por tener su valiosa  
amistad y confianza durante la formación  
académica y compartir gratos momentos de  
mi vida.

**Zuani Marluz**

## AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional del Altiplano, por ser una institución formadora de profesionales con valores éticos, por inculcarme nuevos conocimientos y valiosos aportes para mi formación personal y profesional.
  
- A la Facultad de Enfermería y docentes quienes impartieron sus conocimientos teóricos, prácticos y sabios consejos durante mi vida universitaria en la formación de profesionales al servicio de la sociedad.
  
- A los miembros del jurado calificador: Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo y Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda por sus orientaciones y sugerencias durante el proceso de investigación.
  
- Con profundo cariño, respeto y especial gratitud a mi directora de investigación: Dra. Nelly Martha Rocha Zapana, por sus constantes orientaciones, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de Investigación.
  
- Agradezco al personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la UNA - PUNO por su valioso apoyo y orientación en los trámites administrativos.
  
- A los pacientes de la estrategia de daños no transmisibles del establecimiento José Antonio Encinas I-4, quienes colaboraron y dedicaron su tiempo en responder los cuestionarios.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
ACRÓNIMOS .....	8
RESUMEN .....	9
CAPÍTULO I .....	11
I. INTRODUCCIÓN .....	11
1.1. Planteamiento del problema .....	11
1.2. Formulación del problema.....	13
CAPÍTULO II.....	14
II. REVISIÓN DE LITERATURA .....	14
2.1 Marco teórico.....	14
2.2 Marco conceptual .....	31
2.3 Antecedentes del proyecto.....	32
CAPÍTULO III.....	35
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	35
3.1 Metodología de investigación.....	35
3.2 Ubicación geográfica del estudio .....	35
3.3 Población y muestra del estudio .....	35
3.4 Variables y su operacionalización .....	37
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	39
3.6 Procedimiento de recolección de datos .....	41
3.7 Procesamiento y análisis de datos .....	41
CAPÍTULO IV .....	43
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	43
4.1 RESULTADOS .....	43
4.2 DISCUSIÓN .....	48
CONCLUSIONES .....	53
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1:</b> CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018. ....	78
<b>FIGURA 2 :</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 .....	78
<b>FIGURA 3:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018. ....	79
<b>FIGURA 4:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018. ....	79
<b>FIGURA 5:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR EECTOS FUTUROS DE LA DIABETES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018. ....	80

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1:</b> CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018. .....	43
<b>TABLA 2 :</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. ....	44
<b>TABLA 3:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. ....	45
<b>TABLA 4:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	46
<b>TABLA 5:</b> CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN: PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	47

**ACRÓNIMOS**

<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>FID</b>	: Federación Internacional de Diabetes
<b>DM-2</b>	: Diabetes Mellitus tipo 2
<b>CVRS</b>	: Calidad de vida relacionada con salud
<b>ALAD</b>	: Asociación Latinoamericana de Diabetes
<b>ESSALUD</b>	: Seguro Social de Salud
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud del Perú
<b>OG</b>	: Objetivo General
<b>OE</b>	: Objetivo Especifico
<b>AADE</b>	: American Association of Diabetes Educators
<b>HbA1c</b>	: hemoglobina glucosilada
<b>CAD</b>	: Cetoacidosis diabética
<b>PERUDIAB</b>	: Estudio peruano de Diabetes
<b>DQoL</b>	: Diabetes Quality-of-Life Measure

## RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es un desorden metabólico crónico originado por la disminución de la secreción de la insulina y dando como resultado la resistencia por parte del músculo, en los últimos años se incrementó los casos cuando no se realiza un diagnóstico oportuno se tiene daños a diversos órganos del cuerpo; estas pueden generar diversas complicaciones no solo de aspecto biológico o fisiológico; si no en términos psicológicos que a veces son desapercibidos, los cuales pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes. El estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, siendo un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal. La población fue de 25 y la muestra estuvo constituida por 24 pacientes que asistieron al Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 de Puno, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de salud Diabetes Quality of Life (DQoL). El análisis de datos se hizo mediante la estadística descriptiva porcentual y el paquete estadístico SPSS Statistics versión 25. Los resultados muestran que el 83,3 % tiene alta calidad de vida, el 12,5% regular calidad de vida y 4,2 % baja calidad de vida; detallando por dimensiones: En satisfacción con el tratamiento se reporta que el 62,5 % tiene alta calidad de vida, el 29,5% regular calidad de vida y 8,3 % baja calidad de vida; en la dimensión impacto del tratamiento se encontró que 70,8 % tiene alta calidad de vida, el 25% regular calidad de vida y 4,2 % baja calidad de vida , preocupación por aspectos sociales y vocacionales se reporta que el 95,8 % tiene alta calidad de vida, el 4,2% regular calidad de vida y en la última dimensión preocupación por efectos futuros de la enfermedad se muestra que el 83,3 % tiene alta calidad de vida, el 12,5% regular calidad de vida y 4,2 % baja calidad de vida. Llegando a la conclusión que la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4 es alta.

### **PALABRAS CLAVE**

Calidad de vida, Diabetes mellitus tipo 2, Cuestionario de Salud del paciente

## ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a chronic metabolic disorder due to the decrease in insulin secretion and resulting in resistance from the muscle, in recent years cases have increased but it should be noted that if a timely diagnosis is not made ; it can generate various complications not only of biological or physiological aspect; if not in psychological terms that are sometimes unnoticed which can affect the quality of life of patients, the study aimed to determine the quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus, being a descriptive study with a quantitative approach and cross-section. The population was 25 and the sample consisted of 24 patients who attended the José Antonio Encinas I-4 Health Establishment in Puno selected according to inclusion and exclusion criteria. For the data collection, the survey was used as a technique and the Diabetes Quality of Life (DQoL) health questionnaire as an instrument. The data analysis was done using the percentage descriptive statistics and the statistical package SPSS Statistics version 25. The results show that 83.3% have high quality of life, 12.5% regulate quality of life and 4.2% low quality of life; detailing in dimensions: Satisfaction with treatment is reported that 62.5% have high quality of life, 29.5% regulate quality of life and 8.3% low quality of life, impact of treatment was found that 70 , 8% have high quality of life, 25% regulate quality of life and 4.2% low quality of life, concern for social and vocational aspects is reported that 95.8% have high quality of life, 4.2 % regular quality of life and in the last dimension concern about future effects of the disease shows that 83.3% have high quality of life, 12.5% regulate quality of life and 4.2% low quality of life. Coming to the conclusion that the quality of life is high in patients with type 2 diabetes mellitus of the José Antonio Encinas I-4 health facility.

## KEYWORDS

Quality of life, Type 2 diabetes mellitus, Patient Health Questionnaire

## CAPÍTULO I

### I. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial; es una enfermedad con desarrollo crónico que puede influenciar en la vida, porque los tratamientos son incómodos, sus complicaciones pueden causar debilidad y disminución de las capacidades del individuo afectando considerablemente la calidad de vida (1).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014 más de 422 millones de adultos tenían diabetes, la prevalencia mundial desde el año 1980 de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pasando del 4,7% al 8,5% en la población adulta (2).

Por otra parte, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó que a finales del 2016 habían 425 millones de personas con diabetes en todo el mundo, una tercera parte de ellas eran personas mayores de 65 años. Si la situación continúa se estima que para el año 2045; esta cifra aumentaría a 693 millones personas con diabetes (3).

En América Latina en el año 2011 la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte; en México tuvo un porcentaje mayor de muertes por diabetes mellitus entre los 20 y los 79 años de edad; la séptima en Chile, la decimoprimer en Argentina y la quinta en Colombia (4).

Según los resultados del estudio PERUDIAB en el 2015 (5) cerca de 1 millón de peruanos son afectados por DM-2 además se encontró que la enfermedad afecta por igual al 7% de adultos, pero primordialmente a los hombres a partir de los 45 años y a las mujeres de 55 años a más. Asimismo, el estudio comprobó que el 18% de las personas con poca instrucción padecerán diabetes y que si además tienen entre 50 y 60 años, tendrán 30% más de probabilidades de desarrollar la enfermedad.

En el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, en el año 2016, el 2.9% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con diabetes mellitus, conservándose el mismo valor que el 2015; la población femenina fue la más afectada (3.2%) respecto a la masculina (2.7%) (6).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en su boletín epidemiológico del año 2017, “La Vigilancia Epidemiológica de Diabetes” registró 11702 casos de diabetes mellitus atendidos en 175 establecimientos del MINSA. Los departamentos que registraron la

mayor frecuencia de casos de diabetes fueron Lima Metropolitana, Piura, Lambayeque, Ica y Áncash (7).

La tendencia de la DM-2 en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 es ascendente así que reporta para el año 2013, 3 casos, 2014 y 2015, 1 caso respectivamente, 2016, 3 casos; 2017, 6 casos y 2018 con 11 casos; siendo un total de 25 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; de los cuales 15 son mujeres y 10 varones, entre el grupo etario donde más se presenta es de 50 -59 años (8).

La DM-2 tiene una incidencia elevada; durante el desarrollo de la enfermedad no se muestra ningún síntoma a lo largo de varios años, pero en este tiempo los altos niveles de glucosa están dañando silenciosamente el cuerpo y pueden desarrollarse distintas complicaciones, causando incapacidad, múltiples afecciones y el aumento del número de años vividos cuando se padece la diabetes apuntan a la necesidad de vigilar mejor la calidad de vida de las personas con la enfermedad; así mismo evaluar cómo dicha calidad se ve afectada por las intervenciones los cuales podrían generar cambios en su vida cotidiana, afectando de manera significativa su calidad de vida (9).

Además de ser una enfermedad crónica no transmisible de curso progresivo, el tratamiento, que se recibe es administrado durante toda la vida generando cambios en el aspecto psicológico, físico y social; por ello la evaluación de la calidad de vida del paciente en esta enfermedad crónica resulta importante debido a que permite conocer cuál es la percepción o el sentir del paciente respecto a la enfermedad, su tratamiento y cuáles son las limitaciones o dificultades que tiene para seguir dicho tratamiento, a la vez el impacto de este mismo y las preocupaciones sobre el curso de su enfermedad e interacción con su medio social.

En la experiencia durante las prácticas pre profesionales, se observaron a pacientes diabéticos que manifestaban malestares propios de la enfermedad por ejemplo *“Me preocupa enfermarme más”*, *“Con la enfermedad mi vida cambio”* *“Todos los días siempre tengo que tomar pastillas”* *“No puedo controlar mi glucosa, siempre esta alta”*. Además, los profesionales refieren que cuando se brinda el diagnóstico a los pacientes estos tienen valores muy altos de glucosa porque al inicio de la enfermedad no presenta signos ni síntomas específicos, una vez diagnosticados algunos pacientes no asisten a sus controles; incrementando la posibilidad de sufrir alguna complicación, es evidente que la diabetes influye en la vida de las personas por consiguiente puede afectar a la calidad de vida de estos mismos.

Un estudio realizado en España evidencia el impacto de la DM-2 en la calidad de vida de

los pacientes que la presentan afecta de forma más importante a los pacientes diabéticos con complicaciones asociadas a la DM-2 (10).

En el estudio realizado por Molina (11) demostró que los pacientes con DM-2 tienen una regular adherencia al tratamiento; el 79.5% presentaron regular calidad de vida.

En otro estudio realizado por Saveedra (12) donde se evalúa la calidad de vida de los pacientes con DM-2; muestra que las dimensiones que tienen menor afectación son satisfacción con el tratamiento y preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y mediana afectación la dimensión impacto en el tratamiento.

Se han realizado trabajos de investigación sobre calidad de vida en los pacientes DM-2; a nivel internacional por ejemplo en México y Bogotá mostrando que la calidad de vida de los pacientes con DM-2 es media (13,14). Por otra parte, a nivel nacional los pocos estudios encontrados respecto a este tema; muestran por ejemplo que en Tacna y Chíncha se reportó una calidad de vida alta (15) y en Lima la percepción de calidad de vida fue medianamente favorable en los pacientes con DM2 (16). Por el contrario, en Puno si bien existen trabajos referentes a la calidad de vida en otras patologías, no existe ningún trabajo de investigación que evalúen la calidad de vida en pacientes con DM-2 por esa razón se realizó el presente estudio.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 -2018?

### **Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas de Puno-2018.

#### **Objetivos específicos**

- Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Satisfacción del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
- Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Impacto del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
- Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Preocupación por aspectos sociales y vocacionales.
- Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Preocupación por efectos futuros de la diabetes mellitus tipo 2.

## CAPÍTULO II

### II. REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1 Marco teórico

##### 2.1.1 Diabetes mellitus tipo 2

Según la OMS refiere a la DM-2 conocida anteriormente como diabetes no insulino dependiente, es una enfermedad crónica no transmisible aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no la utiliza de manera adecuada (2).

La DM-2 se define clínicamente como la concentración plasmática de glucosa, en ayunas, de más de 7.8 mmol/L (140 mg/dl) o glucosa plasmática pos- prandial (a las 2 h) de más de 11 mmol/L (200 mg/dl) (17).

##### 2.1.1.1 Fisiopatología

La DM-2 se caracteriza por un déficit progresivo de la secreción de insulina con llevando a un proceso de resistencia a la insulina. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM-2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro (18).

Desde la perspectiva fisiopatológica, todas las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentan tres anomalías fundamentales:

- Resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos, sobre todo el músculo y también el hígado.
- Secreción anómala de insulina, principalmente en respuesta al estímulo de glucosa.
- Aumento de la producción hepática de glucosa (19).

##### 2.1.1.2 Factores de riesgo

##### 2.1.1.3 Factores de riesgos no modificables

##### Edad

La prevalencia de DM-2 aumenta a partir de la mediana edad y esta acrecienta a partir de la tercera edad y es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica

**Antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 en un familiar de primer grado.** La presencia de un familiar de primer grado, predispone a padecerla DM-2 en un 40-80% (20). Los individuos con padre o madre con DM-2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

#### **Antecedente de Diabetes Mellitus gestacional**

Las mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM-2 en comparación con las mujeres sin esta patología.

#### **2.1.1.3.1 Factores de riesgo modificables**

##### **Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal**

La obesidad aumenta el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM-2 en todas las edades es directamente proporcional al exceso de peso siendo el factor de riesgo más importante para desarrollar DM-2.

##### **El índice de masa corporal**

El índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup> en adultos o al percentil 85 en niño y el valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, según los criterios del III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE. UU. (NCEP/ATP III).

##### **Malos hábitos alimentarios.**

El bajo consumo de verduras, frutas, fibra y el alto consumo de alimentos energéticamente densos.

##### **Sedentarismo.**

Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM-2; por el contrario, el ejercicio es la intervención del estilo de vida más importante en la diabetes, porque mejora la glucemia, la sensibilidad a la insulina. El ejercicio aeróbico y el entrenamiento con resistencia (fuerza) tienen un efecto positivo en la glucemia. La mejora de la glucemia se aprecia por lo general de manera inmediata y alcanza un máximo después de varias semanas de ejercicio regular. Sin embargo, solo se mantiene 3-6 días después de dejar el entrenamiento, por eso se recomienda realizar un mínimo de tres sesiones de ejercicio semanales para mantener sus efectos favorables.(19)

#### 2.1.1.4 Cuadro clínico

##### Signos y síntomas

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

**Asintomáticos:** Son aquellas personas con diabetes mellitus tipo 2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).

**Sintomáticos:** Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito.

Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial (21).

#### 2.1.1.5 Diagnóstico

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) los criterios de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 cualquiera de los siguientes:

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 se puede utilizar los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l), casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l), haciendo la prueba en ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) siendo dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) (22).

#### 2.1.1.6 Tratamiento

El tratamiento de la DM-2 consiste en la intervención intensiva sobre estilos de vida: plan de alimentación y actividad física.

### Manejo no farmacológico

Las personas con diagnóstico de DM-2, asintomáticos, estables, fuera de complicaciones y según criterio médico, deben iniciar solamente modificaciones en los estilos de vida antes del inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses; si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses pero de lo contrario iniciará tratamiento farmacológico (18).

### Manejo farmacológico

El tratamiento de la DM-2 se iniciará con medicamentos orales de primera línea como son la metformina o glibenclamida, la terapia inicial recomendada en monoterapia, si no está contraindicada y es bien tolerada. Es importante educar a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico (18).

#### **2.1.1.7 Complicaciones**

Las complicaciones pueden ser 2 tipos:

##### **a) Complicaciones agudas**

##### **Hipoglucemia**

La glucosa es el principal sustrato energético del sistema nervioso central; se requiere un aporte constante de 1 a 1.2 mg/kg/min, como este tejido no es capaz de almacenarla, su funcionamiento depende de que existan concentraciones séricas de glucosa suficientes y de la efectividad de las proteínas transportadoras de la misma, situadas en la barrera hematoencefálica, que facilitan su difusión hacia el sistema nervioso. La hipoglucemia es la emergencia metabólica más frecuente en los pacientes diabéticos, sobre todo en aquellos de reciente diagnóstico y en los que utilizan insulina para su control (23).

La complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes donde la concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal (18).

##### **Crisis hipergluémica**

**La cetoacidosis diabética (CAD)** El diagnóstico de la CAD se realiza al encontrar una glucemia mayor 250 mg/dl, acompañada de un pH menor de 7,25, un bicarbonato menor

de 140 mEq/L y cuerpos cetónicos fuertemente positivos en orina y plasma en presencia de signos de deshidratación (21).

### **Síntomas de la CAD**

Los pacientes suelen acudir con la historia clásica de los síntomas de la diabetes y algunos signos o síntomas adicionales:

- Poliuria
- Sed excesiva
- Letargia
- Anorexia
- Hiperventilación
- Aliento con olor a manzana (por la cetosis)
- Deshidratación
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Coma (24).

### **b) Complicaciones Crónicas**

#### **Complicaciones crónicas macrovasculares**

##### **Enfermedad cardiovascular**

La Enfermedad Cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes coexistentes (hipertensión arterial y dislipidemia) los que facilitan el desarrollo de esta.

##### **Complicaciones crónicas microvasculares**

##### **Neuropatía diabética (pie diabético)**

Todas las personas con diagnóstico de DM-2 deben ser tamizadas para polineuropatía distal simétrica al momento del diagnóstico y luego anualmente a través de pruebas clínicas. El tamizaje para síntomas y signos de neuropatía cardiovascular autonómica debe realizarse en el momento del diagnóstico de DM-2.

El pie diabético, debido a los daños a nivel de nervios periféricos y a nivel vascular, es particularmente sensible a cualquier tipo de traumatismo. Al ser un cuadro silente (las lesiones pueden ocurrir sin dolor), las lesiones tienden a agravarse antes de acudir a un centro de salud para su manejo a tiempo.

La fisiopatología del pie diabético está conformada por un conjunto de situaciones

derivadas por los niveles elevados de glucosa plasmática sostenidos en el tiempo durante un cuadro de DM-2 mal controlado. Las principales situaciones son: Neuropatía Debido al incremento de la glucosa plasmática en cuadros de DM-2 mal controlado, se produce una disminución en la síntesis del mioinositol, necesario para la conducción neuronal normal. Existe además una disminución de sustancias necesarias para la detoxificación de radicales de oxígeno y para la síntesis del óxido nítrico. Por consiguiente, hay mayor estrés oxidativo de las células nerviosas y un incremento en la vasoconstricción, lo cual genera injuria de las células nerviosas y su posterior muerte. La neuropatía en personas con DM-2 se manifiesta en el componente motor, autonómico y sensitivo del sistema nervios (18).

### **Enfermedad vascular periférica**

Las arterias periféricas desarrollan, por la persistente hiperglucemia, disfunción endotelial y las anormalidades del músculo liso. Esto resulta en disminución de los vasodilatadores, además posteriormente se incrementa el tromboxano A<sub>2</sub>, un vasoconstrictor y agonista de la agregación plaquetaria, lo cual contribuye a la hipercoagulabilidad. Además, el tabaquismo, la hipertensión y la dislipidemia son otros factores comunes en personas con DM-2 y contribuyen en el desarrollo de la insuficiencia arterial periférica. Esto conlleva a enfermedad arterial oclusiva que resulta en isquemia en miembros inferiores, incrementando el riesgo de ulceración.

### **La nefropatía diabética**

Es una de las complicaciones más importantes de la diabetes mellitus tipo 2 con repercusiones definidas en la calidad de vida de los pacientes y en el pronóstico global de la enfermedad. El primer indicador temprano de la nefropatía diabética es la microalbuminuria y durante este estadio deben practicarse intervenciones dietéticas, control estricto de la glucemia, de la presión arterial y uso de medicamentos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de angiotensina que han demostrado la capacidad de prevenir o retardar la progresión del daño renal en los pacientes con diabetes (25).

### **Retinopatía diabética**

La retinopatía diabética es una microangiopatía de desarrollo progresivo que afecta a la red vascular de la retina, es la causa más frecuente de nuevos casos de ceguera entre los adultos de 20 a 74 años de edad siendo una complicación fuertemente relacionada con la duración de la diabetes. El glaucoma, las cataratas y otras enfermedades oculares se producen con mayor frecuencia en las personas con diabetes. Otros factores asociados

que aumentan el riesgo de retinopatía son la hiperglucemia crónica, la nefropatía y la hipertensión arterial (18).

El control metabólico es el factor de riesgo más importante por la posibilidad de intervención pudiéndose modificarlo, cuanto más elevados sean los niveles de hemoglobina glucosilada mayor es el riesgo de retinopatía (26).

### **2.1.2 Calidad de vida relacionada con salud**

La calidad de vida debe reconocerse como un concepto multidimensional; se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo, lugar a lugar, así como en el momento de su evaluación. En general, todas las definiciones de calidad de vida tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida (27).

Se considera que para tener una evaluación integral del estado de salud de los individuos o los posibles cambios que ocurren por las intervenciones, es necesario disponer tanto de datos duros (incremento en los meses o años de la vida) como de datos cualitativos, es decir, la percepción de los individuos de su calidad de vida (27).

Según Schwartzmann (2003) define calidad de vida “Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).”(28).

#### **2.1.2.1 Valoración de la calidad de vida**

##### **Calidad de vida alta**

Cuando la persona manifiesta sentir satisfacción con el tiempo que le toma hacer sus controles, conocimiento, medio social, actividades laborales y tiempo libre. Por otra parte se tiene que el impacto del tratamiento no genera algún malestar, consecuentemente se encuentra disminución progresiva de signos y síntomas de la enfermedad o expresión verbal de ausencia de preocupaciones de los aspectos sociales y producidos por efectos

futuro de la enfermedad que se evidencian en manifestación de bienestar físico y psicológico (29).

### **Calidad de vida regular**

Cuando la persona manifiesta sentir regular satisfacción con el tiempo que le toma hacer sus controles, conocimiento, medio social, actividades laborales y tiempo libre. Por su lado se ve que el impacto del tratamiento es regular teniendo una disminución de los signos y síntomas de la enfermedad que se da muy poco o alguna vez; consecuentemente hay manifestación de poca de la preocupación respecto a las complicaciones derivadas por la enfermedad que se evidencian en manifestación bienestar físico, psicológico a su vez encuentra más o menos satisfecho en su medio que lo rodeada (9,28).

### **Calidad de vida baja**

Cuando la persona manifiesta sentir insatisfacción con el tiempo que le toma hacer sus controles, conocimiento, medio social, actividades laborales y tiempo libre. Por otra parte el impacto del tratamiento no hay disminución de signos y síntomas de la enfermedad consecuentemente preocupación de las complicaciones derivadas por la enfermedad que se evidencian en manifestación malestar físico, psicológico a su vez encuentra insatisfecho en su medio que lo rodeada (9).

#### **2.1.2.2 Características de la calidad de vida:**

- Concepto subjetivo: Cada ser persona construye su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida.
- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, distribuidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según el modelo biopsicosocial.
- Concepto dinámico: Dentro de cada individuo, la calidad de vida cambia en distintos periodos de tiempo unas veces son más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida se interrelacionan, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (29).

### **2.1.2.3 Medición de la calidad de vida en diabéticos**

Existen un sinnúmero de instrumentos para medir calidad de vida percibida de los pacientes con DM-2 se puede realizar con cuestionarios genéricos que consideran distintas dimensiones tales como psicológicas, físicas, sociales y cuestionarios específicos que consideran la satisfacción, impacto del tratamiento sin dejar de lado la parte psico-social (30). Empleándose en el estudio el cuestionario DQoL.

### **2.1.3 Cuestionario DQoL**

El cuestionario DQoL es un cuestionario específico, según Sánchez recomienda el uso del DQoL (30) respecto a otros cuestionarios específicos por tener preguntas que se relacionan con la percepción del tratamiento de la enfermedad que en gran medida ayuda a controlar la glucosa de estos pacientes, fue un instrumento pionero en la investigación un cuestionario específico que fue diseñado originalmente para identificar los efectos del tratamiento crónico en pacientes con diabetes mellitus tipo posteriormente se realizó estudios en pacientes con DM-2 teniendo un grado de confiabilidad aceptable donde se evalúa la calidad de vida de los pacientes con dicho trastorno metabólico no solo en el aspecto psicológico y social sino también al tratamiento que es un aspecto importante para el control de la DM-2 y sus repercusiones en diferentes ámbitos de su vida siendo las dimensiones del cuestionario: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales y preocupación acerca de los efectos futuros de la DM-2.

#### **2.1.3.1 Dimensiones del cuestionario de la Calidad de Vida específico para la diabetes mellitus tipo 2:**

##### **a) Satisfacción con el tratamiento**

Según la OMS la adherencia al tratamiento es uno de los problemas más comunes en las enfermedades crónicas, el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos proporcionan a los pacientes, dando origen a complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes (31).

La satisfacción del paciente frente al tratamiento es una variable mixta y compleja involucra percepciones objetivas y subjetivas del paciente las cuales se estudiaron dentro de las ciencias sociales y de la salud, se puede definir como la evaluación del proceso

como se da el tratamiento y sus resultados asociados a este mismo lo cual permitirá adherencia al tratamiento por ende mejora la percepción de la calidad de vida (32).

Para lograr una mayor satisfacción con el tratamiento es muy importante identificar aquellos aspectos que más inquietan al paciente, como pueden ser el bienestar físico y psicológico, el alivio de síntomas, la adherencia y modo de administración del tratamiento y las restricciones relacionadas con los medicamentos los cuales van estar influenciados por el contexto socio-económico, los valores personales de los pacientes, la relación médico-paciente, curso de la enfermedad y la información sobre el tipo de tratamiento, su coste y accesibilidad al mismo; es necesario la educación terapéutica para poder empoderar a los pacientes y generando autocuidado por parte de estos (33).

La American Association of Diabetes Educators (AADE) ha determinado la importancia de cambios comportamentales como los resultados de la educación en el automanejo. Se han reconocido siete comportamientos de autocuidado como conductas primordiales del automanejo de la diabetes.

Siendo las conductas de autocuidado y sus medidas:

- Ser físicamente activo (ejercicio).
- Alimentación.
- Medicamentos.
- Monitoreo de la glucosa sanguínea.
- Resolver problemas (hiperglucemia-hipoglucemia-días de enfermedad).
- Reducir factores de riesgo para las complicaciones.
- Vivir con diabetes (adaptación psicosocial).

Los estudios e investigaciones muestran que estos modelos facilitan el aprendizaje y a éste como el proceso activo dirigido a transformar los conocimientos, prácticas y valores en nuevos comportamientos de autocuidado lo cual va disminuir las complicaciones por la DM-2 (23).

Dentro del instrumento DQoL en la dimensión satisfacción con el tratamiento se tiene las siguientes alternativas como respuesta

### **Muy satisfecho**

El paciente se encuentra muy conforme con el tratamiento considerando indicadores como: el tiempo que toma manejar su diabetes, para realizar sus chequeos, tratamiento actual, con el tiempo que le toma determinar su nivel de glucosa, flexibilidad de su dieta,

conocimiento sobre su enfermedad, con las horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, con sus actividades ocupacionales y caseras, apariencia corporal, tiempo para realizar ejercicio, tiempo libre y vida en general.

#### **Más o menos satisfecho**

El paciente se encuentra regularmente conforme con el tratamiento considerando indicadores como: el tiempo que toma manejar su diabetes, para realizar sus chequeos, tratamiento actual, con el tiempo que le toma determinar su nivel de glucosa, flexibilidad de su dieta, conocimiento sobre su enfermedad, con las horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, con sus actividades escolares y caseras, apariencia corporal, tiempo para realizar ejercicio, tiempo libre y vida en general.

#### **Ninguno**

El paciente tiene una actitud de término medio o neutra y no elige ninguna alternativa respecto a la satisfacción del tratamiento indicadores aspectos como: el tiempo que toma manejar su diabetes, para realizar sus chequeos, tratamiento actual, con el tiempo que le toma determinar su nivel de glucosa, flexibilidad de su dieta, conocimiento sobre su enfermedad, con las horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, con sus actividades escolares y caseras, apariencia corporal, tiempo para realizar ejercicio, tiempo libre y vida en general.

#### **Más o menos insatisfecho**

El paciente se encuentra regularmente inconforme en relación con el tratamiento considerando aspectos como: el tiempo que toma manejar su diabetes, para realizar sus chequeos, tratamiento actual, con el tiempo que le toma determinar su nivel de glucosa, flexibilidad de su dieta, conocimiento sobre su enfermedad, con las horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, con sus actividades escolares y caseras, apariencia corporal, tiempo para realizar ejercicio, tiempo libre y vida en general.

#### **Muy insatisfecho**

El paciente se encuentra muy inconforme con el tratamiento considerando aspectos como: el tiempo que toma manejar su diabetes, para realizar sus chequeos, tratamiento actual, con el tiempo que le toma determinar su nivel de glucosa, flexibilidad de su dieta, conocimiento sobre su enfermedad, con las horas de sueño, vida social y amistades, vida sexual, con sus actividades escolares y caseras, apariencia corporal, tiempo para realizar ejercicio, tiempo libre y vida en general (34).

#### **b) Impacto del tratamiento**

Una gran cantidad de personas se enfrenta a los procesos de diagnóstico y tratamiento,

así como al proceso de adaptación para aprender a vivir con una enfermedad crónica, de ello surge la necesidad de preparación que los profesionales conozcan las patologías para poder manejar el impacto que se desarrolla en pacientes con la DM-2 (35).

La DM-2 es una enfermedad crónica a diferencia de las patologías de carácter agudo, permanece a lo largo de la vida, teniendo consecuencias en las distintas áreas de la vida de la persona, provocando deterioro en el funcionamiento de quienes las padecen, lo cual puede repercutir en su autocuidado, en las actividades de la vida diaria, en su tiempo de ocio y pueden suponer consecuencias a nivel laboral, familiar y personal (36).

El impacto del tratamiento se evidencia en los cambios manifestados en la persona y su entorno, secundarios a la aparición del diagnóstico y tratamiento de la DM-2. Éstos pueden ser:

- Cognitivos.
- Emocionales.
- Conductuales.
- Fisiológicos (signos y síntomas)

El diagnóstico de DM-2 es una crisis significativa en la vida de personas produce un impacto que varía en su gravedad dependiendo de las siguientes condiciones:

1. El significado que se le da a la enfermedad.
2. La coincidencia de otras crisis.
3. La etapa del ciclo de vida familiar.

La DM-2 provoca reacciones emocionales intensas, dependiendo de diversos factores, entre los cuales la representación que cada persona ha elaborado de este concepto a lo largo de su vida. Además, según las características personales del individuo y su momento vital, la respuesta emocional variará de forma considerable. La edad del individuo en el momento del diagnóstico condiciona buena parte de la respuesta emocional inicial (20).

El impacto de la enfermedad es un constructo cognitivo personal para entender un suceso y que al internalizar se conforma como creencias, actitudes, valores; este significado depende de la experiencia, tanto familiar como individual como ejemplo que se tenga otros familiares conocidos que tengan la enfermedad, y el curso y aparición de las complicaciones de la misma. El diagnóstico y tratamiento de la DM-2 es un estímulo que genera tensión, teniendo como respuesta un clima emocional inestable secundario al diagnóstico, cuya gama de posibilidades va desde la negación: “no es cierto”, “no me está pasando a mí”, “están equivocados”; el enojo: “me pasó por el coraje que hice”, “la culpa

la tiene mi esposa o cualquier otra persona”; tristeza: “la abuela murió de esto”, “si hubiera hecho suficiente ejercicio no hubiera pasado”; aceptación: “me puede ir bien si pongo empeño y sigo las indicaciones” afectando a la calidad de vida de las personas en diversos ámbitos (37).

A su vez se encuentran manifestaciones de estados emocionales dominados por la preocupación sobre la salud, incertidumbre, ansiedad y depresión, dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa de la comunicación del diagnóstico, las representaciones del sujeto y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la enfermedad, se desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico (38).

Los pacientes con DM-2 necesitan de una adecuada educación terapéutica la cual se asocia con un mejor control metabólico, disminución de peso; estas hacen el buen manejo de la enfermedad contribuyendo a la prevención de complicaciones agudas y complicaciones crónicas que se evidencian en reducción de los signos y síntomas de esta patología, finalmente generan una buena calidad de vida (21).

La DM-2 es una enfermedad de autocuidado, donde el paciente ocupa un rol protagónico en el que de primera instancia acepta su enfermedad participa de manera activa y responsable en su plan terapéutico (23).

Por ultimo para el impacto del tratamiento sea significativo es necesario que la relación terapéutica sea asumida participación mutua que se daría en las enfermedades crónicas como la DM-2 (35).

Dentro del cuestionario DQoL en la dimensión impacto del tratamiento se tiene las siguientes alternativas como respuestas:

#### **Nunca**

El paciente siente que no ocurrió en ningún momento molestia alguna con el tratamiento como son dolor, tristeza por tener que lidiar con sus diabetes en público; se tiene los niveles de glucosa baja en sangre y ni siente restricción por la dieta o alguna reacción con el tratamiento, no siente malestar físico, duerme bien por las noches, no tiene interferencia vida familiar ni social (actividades de ocio y/o trabajo), amistades y ni en su vida sexual, no interfiere al momento de usar alguna máquina o equivalente, ni interfiere con el ejercicio que realiza, ni con las actividades laborales o caseras, y no interrumpe su tiempo libre y consecuentemente la disminución de los signos y síntomas de la diabetes.

**Muy poco**

El paciente siente que ocurrió de manera muy limitada o con menor intensidad, además considera que tiene pequeñas molestias con el tratamiento como son dolor, tristeza por tener que lidiar con sus diabetes en público; tiene muy pocas veces los niveles de glucosa baja en sangre y siente restricción por la dieta o alguna reacción con el tratamiento, siente malestar físico, duerme regularmente por las noches, tiene poca interferencia en su vida familiar y social (actividades de ocio y/o trabajo), a su vez con las amistades y su vida sexual, interfiere escasamente al momento de usar alguna máquina, con el ejercicio que realiza, con las actividades laborales o caseras, y muy limitadamente interrumpe en su tiempo libre.

**Alguna vez**

El paciente siente de vez en cuando impacto o molestias del tratamiento considerando los aspectos como son dolor, tristeza por tener que lidiar con sus diabetes en público; ocasionalmente los niveles de glucosa en sangre son bajas y siente restricción por la dieta o alguna reacción con el tratamiento, siente malestar físico, duerme regular por las noches, tiene interferencia en su vida familiar y social (actividades de ocio y/o trabajo), a su vez con las amistades y su vida sexual, interfiere ocasionalmente al momento de usar alguna máquina, con el ejercicio que realiza, con las actividades laborales o caseras y poco interrumpe su tiempo libre.

**Con frecuencia**

El paciente siente repetición de las molestias originadas por el tratamiento como son dolor, tristeza por tener que lidiar con sus diabetes en público; siempre se tiene los niveles de glucosa baja en sangre y siente restricción por la dieta o alguna reacción con el tratamiento, siente malestar físico, duerme bien por las noches, tiene interferencia vida familiar ni social (actividades de ocio y/o trabajo), amistades y a su vez en su vida sexual, interfiere al momento de usar alguna máquina o equivalente, interfiere con el ejercicio que realiza, con las actividades laborales o caseras, e interrumpe su tiempo libre.

**Todo el tiempo**

El paciente siente siempre molestias respecto con el tratamiento como son dolor, tristeza por tener que lidiar con sus diabetes en público; siempre tiene los niveles de glucosa alta en sangre y siente restricción por la dieta o tiene alguna reacción con el tratamiento, siente malestar físico, no duerme bien por las noches, tiene interferencia vida familiar y social (actividades de ocio y/o trabajo), amistades y a su vez en su vida sexual, interfiere al momento de usar alguna máquina, con el ejercicio, con las actividades laborales o caseras,

e interrumpe su tiempo libre y no se tiene disminución de los signos y síntomas (39).

**c) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales**

La salud y la enfermedad no tienen un origen exclusivamente biológico. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados, dada la condición social del ser humano. Asimismo, las concepciones y representaciones de la enfermedad, según entornos, épocas y grupos sociales, generan actitudes y comportamientos de respuesta que no se pueden ignorar en una política de salud pública o una educación para la prevención sanitaria (40). Los enfermos crónicos con DM-2 manifiestan explícitamente sus necesidades pero, como cualquier persona, tienen necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Aunque los problemas psicosociales son usuales, no siempre se identifican en el momento de la consulta, quizás por falta de formación de los profesionales sobre el tema o porque no existen indicadores psicosociales sencillos y fiables. Sin embargo, es fácil comprender que cuando únicamente se controlan los síntomas biológicos, la calidad de vida no mejora si no se han atendido las otras necesidades del enfermo (41).

En las enfermedades crónicas como la DM-2 es importante el manejo de aspectos psicológicos y sociales que cursan con la enfermedad y que a su vez intervienen en su evolución. La enfermedad crónica crea inseguridad, desgaste físico, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones tanto personales como sociales a su vez supone siempre una situación de crisis al producir un gran impacto tanto físico como psicológico y social.

Por otra parte, la familia ejerce un papel en la interpretación de los síntomas de la enfermedad, y del propio concepto de salud, así como en la interpretación de la eficacia de la respuesta, de los comportamientos de los profesionales, de los enfermos y del propio tratamiento, con marcadas repercusiones sobre el razonable pronóstico de una enfermedad. Por ello, su influencia sobre los criterios para una política de promoción de la salud es determinante (Huici, 1985).

Toda esa urdimbre de concepciones, estereotipos y experiencias intensas, como lo son las relacionadas con la salud, hace que los grupos sociales, y en un ámbito más reducido la familia como núcleo integrador, representen una fuerza de mediación en la reproducción de estilos de comportamiento ante, por ejemplo:

- Los síntomas de la enfermedad y las subsiguientes demandas de atención.
- Las conductas preventivas de la salud.
- Las relaciones con los profesionales de la salud, bien sea en el ámbito primario, bien a escala de asistencia hospitalaria, con diferencias significativas en uno y otro caso.

- Hábitos de vida saludables.
- El apoyo social es un importante modulador en las enfermedades crónicas (Berkman, 1984) (35).

La DM-2 es una de varias crisis que existen en la familia, la coexistencia puede darse con cualquier otra crisis como: pérdida de empleo, deudas económicas, diagnóstico de otras enfermedades como hipertensión arterial o hiperlipidemias; o bien, crisis menos llamativas para los médicos como problemas conyugales, problemas padres e hijos, entre otros. Sin embargo, cuando se da esta coexistencia, la tensión intrafamiliar se incrementa, lo que puede afectar el uso adecuado de los recursos para enfrentar el proceso de la atención, o puede influir al descuidar aspectos tan importantes para el tratamiento como son dieta, ejercicio y estabilidad emocional (37).

Dentro del cuestionario DQoL en la dimensión preocupación por los aspectos sociales y vocacionales se tiene las siguientes alternativas como respuestas:

**No aplica (no corresponde)**

Esta alternativa es excluyente considerando la situación actual del paciente. En el paciente no se producen preocupaciones sobre aspectos referentes a si casará o tendrá descendencia, conseguirá el trabajo que quiere, si se le negará un seguro, si terminará sus estudios, si faltará al trabajo y la posibilidad de realizar un viaje.

**Muy poco**

El paciente siente de manera muy limitada que tiene preocupaciones sobre aspectos referentes a si casará o tendrá descendencia, conseguirá el trabajo que quiere, si se le negará un seguro, terminará sus estudios o si faltará al trabajo y la posibilidad de realizar un viaje.

**Alguna vez**

El paciente siente de vez en cuando preocupaciones sobre aspectos referentes a si casará o tendrá descendencia, conseguirá el trabajo que quiere, si se le negará un seguro, si podrá terminar sus estudios o si faltará al trabajo y la posibilidad de realizar un viaje.

**Con frecuencia**

El paciente siente repetidamente preocupaciones sobre aspectos referentes a si se casará o tendrá descendencia, conseguirá el trabajo que quiere, si se le negará un seguro, si podrá terminar sus estudios o si faltará al trabajo y la posibilidad de realizar un viaje.

**Siempre**

El paciente siente todo el tiempo preocupaciones sobre aspectos referentes a si casará o tendrá descendencia, conseguirá el trabajo que quiere, si se le negará un seguro, si terminará sus estudios o si faltará al trabajo y la posibilidad de realizar un viaje.

**d) Preocupación por efectos futuros de la diabetes.**

El diagnóstico de una enfermedad por si solo es un estímulo que modifica la vida cotidiana y a su vez saber que es una enfermedad crónica lo cual con lleva a no puede vivir como los otros como los familiares y amigos; miedo a sufrir una complicación, no aceptar la enfermedad y negarla, modificar determinados hábitos condicionados por la enfermedad y su tratamiento por lo tanto surge la necesidad de cuidarse permanentemente (42).

El incremento en la sobrevida de los pacientes con diabetes mellitus y el deficiente control metabólico de esta enfermedad han favorecido un aumento de las manifestaciones tardías, conocidas como complicaciones crónicas de la diabetes.

Las complicaciones agudas y crónicas en la diabetes son la principal causa de demanda de consulta, hospitalización, discapacidad, mortalidad y gasto creando preocupación y ansiedad. Es importante la identificación temprana de las complicaciones crónicas mediante su búsqueda sistemática en el paciente enfermo. La intervención sobre los factores de riesgo de las complicaciones crónicas tiene un impacto significativo en la reducción de su ocurrencia mejorando la calidad de vida (26).

Dentro del cuestionario DQoL en la dimensión preocupación por efectos futuros de la diabetes se tiene las siguientes alternativas como respuestas:

**No aplica**

Esta alternativa es excluyente considerando la situación actual del paciente, por ejemplo: el ítem 46.

**Nunca**

El paciente siente no se producen preocupaciones en relación a si tendrá alguna complicación aguda o crónica y si alguien no saldría a causa de su enfermedad (exclusión social o discriminación).

**Muy poco**

El paciente siente de manera muy limitada preocupaciones referidos a que si tendrá alguna complicación aguda o crónica y si alguien lo discriminaría a causa de su enfermedad (exclusión social o discriminación).

**Alguna vez**

El paciente siente de vez en cuando preocupaciones acerca si tendrá alguna complicación aguda o crónica y si alguien lo discriminaría causa de su diabetes (exclusión social o discriminación).

**Con frecuencia**

El paciente siente repetidamente preocupaciones si tendrá alguna complicación aguda o grave y si alguien no querrá salir a causa de la diabetes (exclusión social o discriminación).

**Siempre**

El paciente siente todo el tiempo preocupaciones respecto a si tendrá alguna complicación aguda o grave y si alguien no querrá salir a causa de la diabetes (exclusión social o discriminación) (34).

**2.2 Marco conceptual****Diabetes Mellitus tipo 2**

Según la OMS la DM-2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física (9).

**Calidad de vida relacionada con la salud**

Según Schwartzmann (2003) define calidad de vida “Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).” (28).

## 2.3 Antecedentes del proyecto

### A Nivel Internacional:

En México en el año 2004 se realizó un estudio cuyo objetivo fue describir la percepción de los pacientes con DM-2 y explorar la relación de variables sociodemográficas sobre su estado de salud. Siendo el diseño del estudio de tipo descriptivo correlacional, la muestra fue conformada por 68 pacientes. La recolección de datos se obtuvo mediante una cédula de identificación y también se utilizó el instrumento calidad de Vida del paciente con DQoL. Llegando a los resultados que la calidad de vida de los adultos con DM-2 fue de regular a baja con una media de 68; las subescalas preocupación social e impacto de la enfermedad fueron las que obtuvieron resultados más bajos. Llegando a la conclusión percepción de la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 fue de regular a baja, la subescala preocupación social e impacto de la enfermedad fueron las que obtuvieron resultados más bajos (13).

En México en el año 2005 se ejecutó un estudio con el objetivo de determinar la relación de variables demográficas y el estado de salud con calidad de vida (CV). Fue un estudio descriptivo, se estudiaron 137 pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en un primer nivel de atención, se aplicó el instrumento calidad de vida DQOL. El DQOL reportó una media de 64 (intervalo de 0- 100), la subescala más afectada fue satisfacción con el tratamiento, y la menos afectada fue impacto de la diabetes (43).

En Bogotá en el año 2014, se efectuó un estudio siendo el objetivo de describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con DM-2, fue un estudio cuantitativo descriptivo, transversal con una muestra constituida por 287 pacientes. Para recolección de datos se utilizó el cuestionario DQoL. Los resultados mostraron que el 62,3 % de los pacientes diabetes tipo 2 tenía calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno y en la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1 y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad con 9,9 de promedio. Concluyendo que los pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad (14).

**A Nivel Nacional:**

Un estudio realizado con el objetivo de determinar la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Hospital Essalud – II, de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo; la muestra representada por 74 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se hizo uso del cuestionario DQoL, reportando los siguientes resultados; el 66.2% de la población encuestada presenta una alta calidad de vida y 33.8% regular calidad de vida (44).

En Tacna en el año 2016 se reportó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida y el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital Hipólito Unanue; siendo el estudio de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal; con una muestra de 88 pacientes diabéticos, la técnica aplicada fue la encuesta, se usó el cuestionario DQOL, que evalúa la calidad de vida del paciente diabético y para el autocuidado, un instrumento modificado en base a la teoría de Dorothea Orem. Los resultados fueron que existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 79,5% tienen calidad de vida baja y el 20,5% calidad de vida media. A su vez 83,0% de los pacientes diabéticos presentan un buen autocuidado y el 17,0% regular. Concluyendo, que a menor calidad de vida se requerirá mayor autocuidado en el paciente diabético (15).

En el año 2017, se llevó a cabo un estudio titulado: calidad de vida de los pacientes adultos con DM-2 del hospital San José de Chíncha, enero a junio de 2017; con el objetivo de describir y comparar según el sexo. Para la recolección de los datos se administró dos instrumentos; uno para conocer los datos sociodemográficos y médicos del paciente y el otro el cuestionario DQoL. Los resultados muestran que la calidad de vida es alta con un 60.53% mientras que el 36.84% es regular y el 2.63% es baja. Llegando a la conclusión, los datos sociodemográficos confirman que son los hombres quienes principalmente se encuentran padeciendo con la enfermedad de DM-2 en el hospital San José de Chíncha, en el Periodo de enero a julio de 2017, donde las edades fluctuaban entre 50 y 80 años de edad y el tratamiento que más se estaba utilizando es de medicación oral e insulina. La calidad de vida de la muestra de 76 pacientes, en su mayoría es alta con un 60.53% mientras que el 36.84% es regular y el 2.63% en una escala baja (45).

En el año 2017 se efectuó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida y el autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Hospital Hipólito

Unanue de Tacna, siendo un estudio de tipo observacional correlacional de cohorte transversal y prospectivo, con una muestra de 88 pacientes. Los datos se obtuvieron mediante la administración de cuestionarios, incluyendo aspectos sociodemográficos y la aplicación del DQoL; por último, el cuestionario de autocuidado. Obteniendo respecto a los datos sociodemográficos; el 63.6% de los pacientes fueron de sexo femenino, el 46,6% fueron mayores de 60 años; en cuanto a estado civil el 34.1% refirió ser casado(a) y un 25% convivientes. Asimismo, el 36.4% cuenta con grado de instrucción primaria y el 39.8% no tiene ocupación. En cuanto a las características clínicas, el 58% de pacientes se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, solo el 6.8% de los pacientes refieren como parte del tratamiento la dieta y los ejercicios, y el 75% se encuentran con un Índice de Masa Corporal (IMC) por encima del normal. Concluyendo que el 77.1% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo. El 77.1% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, considera tener una calidad de vida alta. Siendo la presencia de complicaciones el indicador que mostró asociación entre ambas variables, lo que nos permite inferir que el nivel de autocuidado guarda relación con la presencia o no de complicaciones (46).

En Lima en el año 2017 se efectuó un estudio titulado: Percepción de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados en el Hospital central de la Policía en el 2017, con el objetivo de determinar la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con DM-2. Siendo de diseño metodológico cuantitativo, descriptivo, prospectivo y la recolección de datos se hizo mediante el cuestionario DQoL. Los resultados mostraron respecto a la calidad de vida, 22% tuvo una percepción favorable de la calidad de vida y el 18% una percepción desfavorable (16).

#### **A Nivel Local:**

En la región de Puno no se encontraron trabajos de investigación relacionado con el tema de estudio.

## CAPÍTULO III

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

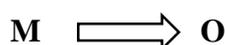
#### 3.1 Metodología de investigación

##### a) Tipo y diseño de investigación

El estudio de investigación es de tipo descriptivo porque describe las características y los perfiles de la persona o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (39). En el estudio se describe la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de DM-2.

El diseño de la investigación fue no experimental porque no se manipuló la variable calidad de vida y transversal porque para el recojo de los datos se hizo un corte en el tiempo.

Cuyo diagrama es:



Dónde:

M: Representa la muestra de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

O: Representa la información sobre la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

#### 3.2 Ubicación geográfica del estudio

El trabajo de investigación se realizó en el Establecimiento de Salud I – 4 José Antonio Encinas, el cual está ubicado al noreste de la ciudad de Puno, situado a 3840 m.s.n.m. a orillas del lago Titicaca, específicamente en el barrio José Antonio Encinas Jr. Los Andes N° 370. Fue fundado un 22 de abril de 1986, como Establecimiento de Salud del primer nivel, conformando la Micro Red José Antonio Encinas, siendo cabecera de la misma, actualmente está caracterizado como primer nivel de atención y cuarto nivel de complejidad; cuenta con una población de 17,806 habitantes a nivel de Establecimiento de Salud, brinda servicios en: hospitalización, servicios básicos en consultorios y servicios administrativos; se circunscribe a 12 barrios urbano marginales.

#### 3.3 Población y muestra del estudio

##### b) Población y muestra

La población fue de 25 y muestra del estudio estuvo constituida por 24 pacientes debido a que uno de los pacientes tuvo una complicación grave del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4, siendo el tipo de muestreo de tipo no probabilístico seleccionado bajo los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterio de Inclusión:**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 registrados en la estrategia de Daños No Transmisibles del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4.
- Pacientes que decidan participar y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes con más de 3 meses de tratamiento para diabetes mellitus tipo 2.

**Criterio de exclusión:**

- Pacientes diabetes mellitus tipo 2 con alguna complicación grave.
- Pacientes no acepten el consentimiento informado.
- Pacientes con menos de 3 meses de tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2

3.4 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL		ITEMS
			CATEGORIA	INDICE	
Calidad de vida	SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO	Tiempo que toma para el cuidado de su diabetes.	ALTA	15-34 pts.	1
		Tiempo que pasa para hacerse sus revisiones médicas.	REGULAR	35-55pts	2
		Tratamiento actual	BAJA		3
		Flexibilidad en su dieta.			4
		Tiempo que tarda para realizar sus controles de azúcar.			5
		La carga que su diabetes es para su familia.			6
		Conocimiento sobre la diabetes.			7
		Horas de sueño.			8
		La vida social y amistades.			9
		Vida sexual.			10
		Trabajo, escolares y actividades caseras.			11
		Satisfacción con la apariencia de su cuerpo.			12
		El tiempo que hace ejercicio.			13
		Satisfacción con su tiempo libre.			14
		Satisfacción con su vida en general			15
IMPACTO DEL TRATAMIENTO		Siente dolor con el tratamiento de la diabetes.	ALTA	56-75pts	16
		Sentimiento de pena por tener que lidiar su diabetes en público.	REGULAR	20-46pts	17
		Frecuencia de su nivel de azúcar o glucosa es baja.	BAJA	47-73pts	18
		Sentimiento de estar físicamente enfermo		74-100pts	19
		La diabetes interfiere con su vida familiar			20
		Duerme mal por las noches.			21
		La diabetes limita sus relaciones sociales y amistades.			22



### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

#### Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta que permitió evaluar la calidad de vida dentro de las 4 dimensiones generales y su tratamiento.

#### Instrumento

El instrumento que se utilizó es el cuestionario de calidad de vida en diabetes (DQoL) está diseñado para valorar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus como tipo 1 y tipo 2; consta de cuatro dimensiones: Satisfacción con el tratamiento (15 preguntas), Impacto del tratamiento (20 preguntas), Preocupación por aspectos sociales y vocacionales (7 preguntas) y Preocupación por efectos futuros de la enfermedad (4 preguntas) siendo la escala de respuestas de las preguntas es de tipo Likert invertida con cinco alternativas (30).

La calificación del cuestionario de DQoL se hizo de acuerdo con el sistema original de calificación, donde una baja puntuación bruta de la escala significa una alta calidad de vida (47).

#### Calificación del cuestionario DQoL según el valor final:

<b>CUESTIONARIO DQoL</b>	
ALTA	46 a 107 puntos
REGULAR	108 a 168 puntos
BAJA	169 a 230 puntos

#### Calificación del cuestionario según las dimensiones del cuestionario DQoL

<b>CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN: SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO</b>	
ALTA	15 a 34 puntos
REGULAR	35 a 55 puntos
BAJA	56 a 75 puntos

<b>CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN: IMPACTO DEL TRATAMIENTO</b>	
ALTA	20 a 46 puntos
REGULAR	47 a 73 puntos
BAJA	74 a 100 puntos

<b>CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES</b>	
ALTA	7 a 16 puntos
REGULAR	17 a 25 puntos
BAJA	169 a 230 puntos

<b>CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES</b>	
ALTA	4 a 9 puntos
REGULAR	10 a 14 puntos
BAJA	15 a 25 puntos

#### **a). Validez y confiabilidad del instrumento DQoL**

##### **1. Confiabilidad**

El cuestionario (DQoL) se creó en 1988 por el grupo de Investigadores de National Institute of Health del grupo de investigación Ensayo de Control y Complicaciones de la Diabetes DCCT) para valorar la calidad de vida relacionada con los tratamientos enfermedad obteniendo una confiabilidad de Alpha de Cronbach  $r = 0.66-0.92(48)$ . (Anexo A)

En un estudio titulado: Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del (DQoL) cuyo objetivo fue determinar la validez y confiabilidad del cuestionario (DQoL) versión en español fue probada en una población mexicana se caracteriza por adecuada consistencia interna, con Alpha de Cronbach de 0.68 a 0.86 (47). (Anexo A)

Por otra parte en otro estudio titulado : Consistencia interna de la versión en español del cuestionario medida de calidad de vida de la diabetes, en Cúcuta (Colombia) cuyo objetivo determinar la confiabilidad de la versión en español del cuestionario medida de calidad de vida de la diabetes, se demostró que el cuestionario tuvo una confiabilidad elevada con Alpha de Cronbach  $r = 0.88$  (49). (Anexo A)

En Perú Esquia G. en su estudio “Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa diabetes del hospital Hipólito Unanue” refiere que el instrumento (DQoL) fue

sometido a una prueba piloto de 15 pacientes teniendo un Alpha de Cronbach de 0,874 (15). (Anexo A)

Además, para el presente estudio se realizó una prueba piloto en 10 pacientes obteniendo un Alpha de Cronbach de 0,7879 para la confiabilidad. (Anexo B)

## **2. Validez**

### **Validez de constructo**

La validez de constructo, se tiene evidencia que el cuestionario DQoL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de calidad de vida (49).

### **Validez de consistencia interna**

La validez de consistencia interna en Perú Esquia G. en su estudio; “Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa Diabetes del hospital Hipólito Unanue” refiere que el instrumento DQoL fue sometido a juicio de expertos obteniendo por DDP (Distancia de puntos múltiples)=1,90 (15) (Anexo B)

## **3.6 Procedimiento de recolección de datos**

### **De la coordinación:**

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería UNA – Puno, dos oficios de presentación dirigidos al Jefa del establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 y otro dirigido hacia la Jefa de Enfermeras del mismo establecimiento de salud para poder obtener la autorización y acceso respectivo para la ejecución de estudio de investigación.
- Se pasó a coordinar con la responsable de la estrategia de daños no transmisibles del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4 donde se vio los horarios para la recolección de datos.

### **De la aplicación del instrumento:**

- La recolección de datos se llevó a cabo en el horario comprendido entre las 9:00 hrs y 12:30 hrs por que los pacientes pasaban por el ambiente de triaje.
- Mientras esperaban a para hacer su consulta con el médico se les aplicó el cuestionario DQoL, tomando por encuesta un aproximado de 20 a 30 minutos.

## **3.7 Procesamiento y análisis de datos**

Al término de la ejecución se realizó:

- La codificación de los datos del cuestionario DQoL.
- Se realizó la transformación de las categorías a niveles de calidad de vida;

utilizando los valores mínimos y máximos de la puntuación bruta del cuestionario (Anexo F).

- Luego se tabularon los datos en Excel 2013.
- Se importaron los datos al programa estadístico IBM SPSS Estatistics 24.
- Se elaboraron tablas de información porcentual para los resultados obtenidos de las variables de estudio.
- Se analizaron e interpretaron los resultados utilizando la estadística descriptiva.

## CAPÍTULO IV

### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 RESULTADOS

*OG*

**TABLA 1: Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4,2018.**

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTA	20	83,3
REGULAR	3	12,5
BAJA	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; donde el 83,3% tiene alta calidad de vida, 12,5% regular calidad de vida y 4,2 % baja calidad de vida.

OEI

**TABLA 2 : Calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.**

<b>CALIDAD DE VIDA:</b>		
<b>SATISFACCIÓN CON EL</b>		
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTA	15	62,5
REGULAR	7	29,2
BAJA	2	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se muestra la calidad de vida respecto a la dimensión satisfacción del tratamiento el 62,5 % tiene alta calidad de vida; 29,2% tiene regular calidad de vida y 8,3% baja calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

OE2

**TABLA 3: Calidad de vida en la dimensión impacto del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.**

<b>CALIDAD DE VIDA: IMPACTO</b>		
<b>DEL TRATAMIENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTA	17	70,8
REGULAR	6	25
BAJA	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa la calidad de vida respecto a la dimensión impacto del tratamiento que el 70,8 % tiene alta calidad de vida, el 25,0% tiene regular calidad de vida y el 4,2 % tiene baja calidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**OE3**

**TABLA 4: Calidad de vida en la dimensión preocupación por aspectos sociales y vocacionales de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.**

<b>CALIDAD DE VIDA: PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTA	23	95,8
REGULAR	1	4,2
BAJA	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa respecto a la dimensión preocupación de aspectos sociales y vocacionales que el 95,8 % tiene alta calidad de vida; 4,2% tiene regular calidad de vida y no hay baja calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**OE4****TABLA 5: Calidad de vida en la dimensión: Preocupación por efectos futuros de la diabetes de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

<b>CALIDAD DE VIDA: PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
ALTA	20	83,3
REGULAR	3	12,5
BAJA	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa calidad de vida respecto a la dimensión preocupación por efectos futuros de la diabetes que el 83,3 % tiene alta calidad de vida, 12,5 % tiene regular calidad de vida y 4,2% tiene baja calidad de vida.

## 4.2 DISCUSIÓN

La calidad de vida de los pacientes con DM-2 del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4,2018 es alta, la calidad de vida alta es cuando la persona manifiesta sentir satisfacción y se tiene un impacto del tratamiento el cual es significativo no genera molestias y disminuye los signos y síntomas de la enfermedad; consecuentemente bienestar físico, psicológico y a su vez encuentra satisfecho en su medio que lo rodeada.

Comparando los resultados obtenidos con el estudio realizado por Haya y Paima (44) se encontró que la calidad de vida de los pacientes con DM-2 está entre alta a regular lo cual coincide con los resultados obtenidos en este estudio probablemente porque se aplicó en una población que asistía a un programa de Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus Hospital “EsSalud”. De similar manera Saavedra (12) obtuvo como resultado que la calidad de vida está entre alta a media de los pacientes con DM-2; atribuible que asistían al programa de control de DM del Hospital General de Jaén. Del mismo modo Anchante (45) reportó que la calidad de vida alta debido a que el estudio se realizó en el ámbito de la atención primaria. Por otro lado, los resultados de Bautista y Zambrano (14) muestran que la calidad de vida es media, estos resultados difieren de este estudio lo que implica que la DM-2 afectaba la calidad de vida. Por otra parte Meza (13) reporta que la calidad de vida fue de regular a baja, atribuibles a que se realizó el estudio en una población a demanda; por otra parte Esquía (15) encontró que la calidad de vida es baja a vida media, A la vez en el estudio Paucar (16) obtuvo que la percepción de la calidad se encuentra en su mayoría medianamente favorable y una percepción desfavorable respecto a la calidad de vida atribuibles posiblemente a que el estudio se realizó en pacientes hospitalizados.

Según Schwartzmann (2003) (29) define calidad de vida “Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).”, además Altamirano (27) añade la valoración de la calidad de vida en la DM-2 constituye una evaluación necesaria para

atención integral del individuo y esta debe ser considerada para evaluar la efectividad de las medidas de prevención secundaria y terciaria.

Detallando la variable calidad de vida en sus diferentes dimensiones, se tiene la **dimensión satisfacción con el tratamiento** se encontró que los pacientes DM-2 tienen alta calidad de vida; estos resultados obtenidos se asemejan con el estudio realizado por Esquia (15), Contreras (46) y Haya y Paima (44) en donde se encuentran muy satisfechos con el tratamiento probablemente a que la población asiste a un programa de DM-2, a la vez con el estudio de Anchante (45) y Meza (13) donde se obtuvo la mayor calificación en esta dimensión atribuibles a que el estudio se realizó en un primer nivel de atención. Los resultados son diferentes con el estudio de Cardenas *et al* (43) y Bautista y Zambrano (14) donde se obtuvo un mínimo de puntaje en esta dimensión, probablemente porque se estableció una población a demanda los cuales venían por alguna dolencia o la misma enfermedad.

Feldam *et al* (32) refiere la satisfacción del paciente frente al tratamiento farmacológico o no farmacológico o combinación ambos; es una variable mixta y compleja involucra percepciones objetivas y subjetivas del paciente siendo la evaluación el proceso que consta de los resultados asociados a este mismo lo cual permitirá adherencia al tratamiento por ende mejora la de la calidad de vida. Además Llanos (33) indica la importancia de identificar aquellos aspectos que más inquietan al paciente, como pueden ser el bienestar físico y psicológico, el alivio de síntomas, la adherencia y modo de administración del tratamiento y las restricciones relacionadas con los medicamentos los cuales van estar influenciados por el contexto socio-económico, los valores personales de los pacientes, la relación médico-paciente, curso de la enfermedad y la información sobre el tipo de tratamiento, su coste y accesibilidad al mismo y es necesario la educación terapéutica para poder empoderar a los pacientes y generando autocuidado por parte de estos.

En la **dimensión impacto del tratamiento** en el estudio se encontró que la calidad de vida es alta, coincidiendo con el estudio de Contreras (46) donde se obtuvo una alta calidad de vida y así mismo con Cardenas *et al* (43) donde se obtuvo un alto promedio en el cuestionario DQoL, por otra parte estos resultados discrepan con Esquia (15) donde la calidad de vida es baja en esta dimensión.

Asimismo el estudio de Anchante (45) encontró que se tiene poco impacto del tratamiento atribuibles debido a que el estudio se realizó en una población asistente a un programa de DM-2; a su vez con los resultados de Bautista y Zambrano (14) y Meza (13) reportan una calidad de vida media probablemente porque se realizó en una población ambulatoria.

Garza (37) refiere que la DM-2 provoca distintas reacciones psicológicas, biológicas y sociales que repercuten en la calidad de vida, dependiendo de diversos factores, entre los cuales la representación que cada persona ha elaborado de este concepto a lo largo de su vida. Además, según las características personales del individuo y su momento vital, la respuesta emocional variará de forma considerable. La edad del individuo en el momento del diagnóstico condiciona buena parte de la respuesta emocional inicial.

Por último Munuera y otros (35) hacen hincapié que para que el impacto del tratamiento sea relevante, debe existir una relación terapéutica con participación mutua y activa que se debe dar en las todas las enfermedades pero sobre todo en enfermedades crónicas como es la DM-2, además se evidenciará en la disminución de signos y síntomas por ende se tendrá una mejora en la calidad de vida.

En la **dimensión preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales** en el estudio se encontró calidad de vida alta, estos resultados coinciden con los estudios de Contreras (46) y Cardenas *et al* (43) reportando que calidad de vida es alta, atribuibles que dichos estudios se realizaron en pacientes que asistían a un programa de capacitación y en el primer nivel de atención respectivamente. Por otra parte Bautista y Zambrano (14), Meza (13) y Anchante (45) encontraron calidad de vida media en esta dimensión probablemente porque los estudios se realizaron en un pacientes asistentes a consulta ambulatoria, siendo diferente en el estudio de Esquia (15) donde la calidad de vida es baja.

Morales y Munuera señalan; el ser humano tiene naturaleza social por ello no se encuentra exento de las repercusiones de las enfermedades en este aspecto de ahí surge la preocupación por aspectos sociales y vocacionales que constituyen el ámbito de las creencias, costumbres y valores que tiene la persona influenciados por la sociedad y en cuanto a su entorno será un estímulo para disipar los cambios y temores que causa esta enfermedad crónica. Es importante desarrollar la aceptación o adaptación psicosocial del paciente frente a su enfermedad para que pueda tener un desenvolvimiento social, satisfacer sus necesidades y satisfacción personal (35,40).

Y por último la **dimensión preocupaciones por los efectos futuros de la diabetes** se encontró que la calidad de vida es alta atribuibles a que los pacientes tienen una adherencia al tratamiento; cabe resaltar que en este estudio uno de los criterios de inclusión fue un tratamiento farmacológico por más de tres meses; haciendo contraste con otros estudios, los resultados son similares con el estudio de Contreras (46) donde la calidad de vida es alta y también con el estudio de por Bautista y Zambrano (14) donde la menos afectada con 9,9 una puntuación promedio. Por su otra parte en los estudios realizados por Cardenas *et al* (43) y Esquia (15) encontraron que la calidad de vida es media en esta dimensión atribuible fue una población que asistía a un programa de capacitación. Y por último Anchante (45) que refiere que la calidad de vida es media en esta dimensión.

Hernandez y et al (26) mencionan que las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes; es una principal causa de demanda de consulta, hospitalización, discapacidad, mortalidad y gasto creando preocupación y ansiedad afectando la calidad de vida y además la intervención que se realice sobre los factores de riesgo en las complicaciones crónicas tiene un impacto significativo en la reducción de su ocurrencia mejorando la calidad de vida.

Munuera (35) señala 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.

Se puede concluir que la calidad de vida no es afectada por la DM-2, porque hay mayor satisfacción e impacto del tratamiento, consiguiendo que sea baja la preocupación social y preocupación por efectos futuros de la enfermedad, permitiendo que el profesional de enfermería planifique sus intervenciones en los diferentes grupos etarios, a través de programas o estrategias preventivas y recuperativas.

El estudio hace alcance de la DM-2 siendo una enfermedad crónica puede ser manejable siguiendo el tratamiento indicado y control metabólico puede mejorar la calidad de vida.

Desde el momento del diagnóstico de DM-2 ocurren distintas emociones o cambios, por otro lado el tratamiento de la DM-2 va ayudar a regular los cambios biológicos en la persona pudiendo ser de tipo farmacológico y no farmacológico o la combinación de ambos tratamientos haciendo hincapié en la modificación de los estilos de vida; según la

necesidad individual del paciente, referente a estas nuevas pautas en la vida cotidiana pueden generar respuestas de diferente tipo como biológico, social y no menos importante en el aspecto psicológico afectando la calidad de vida por ello es necesario una educación terapéutica apropiada desde el momento del diagnóstico de la DM-2 donde se planteen estrategias de afrontamiento eficaz, autocuidado y adaptación; una estrategia a desarrollar sería establecer redes de apoyo como un club de diabéticos los cuales deben ser guiados por un profesional de salud haciendo énfasis en el control de los niveles glucosa que pueden generar diferentes complicaciones agudas (hiperglicemia e hipoglicemia) y crónicas microvasculares y macrovasculares que estas afectarán la calidad de vida.

Dentro estudio una de las limitaciones fue que el instrumento no es “exclusivo” para evaluar la calidad de vida en pacientes con DM-2.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La mayoría de los pacientes con DM-2 presentan calidad de vida alta porque sienten satisfacción e impacto positivo con el tratamiento, poca preocupación por aspectos sociales y vocacionales y efectos futuros de la enfermedad.

**SEGUNDA:** La calidad de vida es alta en la dimensión satisfacción del tratamiento referente a los indicadores al tiempo que le toma manejar su diabetes, tratamiento y conocimiento de la diabetes de los pacientes del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4.

**TERCERA:** La calidad de vida es alta en la dimensión impacto del tratamiento en los indicadores de dolor con el tratamiento, lidiar con la diabetes, interferencia en sus horas de sueño, limitación de su vida social y sexual, familiar y recreación o actividades de tiempo libre de los pacientes del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4.

**CUARTA:** La calidad de vida es alta en la dimensión preocupación aspectos sociales vocacionales respecto a los indicadores: al ámbito familiar, laboral, vacacionales y académicamente de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4.

**QUINTA:** La calidad de vida es alta en la dimensión preocupación por efectos futuros de la enfermedad en los indicadores: los cambios en la imagen corporal, preocupación si se desmayará y si tendrá una complicación a causa de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4.

## RECOMENDACIONES

### A LA FACULTAD DE ENFERMERIA

- En el curso de adulto ambulatorio y adulto mayor se planteen estrategias de intervención sobre la diabetes mellitus tipo 2.

### A LOS EGRESADOS DE ENFERMERIA

- Realizar estudios en otras poblaciones incluyendo variables sociodemográficas, actividad física, alimentación y autocuidado.
- Realizar estudios utilizando otros instrumentos de medición de la variable.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud de Argentina. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 para el primer nivel de Atención. [Internet]. Guia de Practica; 2012 [citado 10 de junio de 2018]. p. 2-78. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02\\_guia-breve -prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve -prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra; 2016.
3. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas. Vol. 8. 2017.
4. Agudelo M, Dávila C. Carga de la mortalidad por Diabetes Mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2015 [citado 11 de junio de 2018];29(3):172-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v29n3/original2.pdf>
5. Seclen S, Rosas M, Arias A, Huayta E, Al E. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. BMJ Open Diabetes Research & Care [Internet]. 2015 [citado 12 de junio de 2018];3(1):1-7. Disponible en: <http://drc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjdr-2015-000110>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Peru: Síntesis Estadística. 2015.
7. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú. Vol. 26. 2017.
8. Establecimiento de Salud Jose Antonio Encinas I-4 , Registro de la Estrategia de Daños no Transmisibles.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. p. 1-841. Organización Mundial de la Salud. Informe m.
10. Mata M, Roset M, Badia X, Antoñanzas F, Et al. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. Atención Primaria [Internet]. 2003 [citado 20 de junio de 2018];31(8):493-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707227>

11. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería, Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
12. Saavedra A. Calidad de vida en Adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital General Jaen. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería, Jaen]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.
13. Meza S. Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis para optar el grado de Maestría con énfasis en Salud Comunitaria Enfermería], México]: Universidad de Nuevo León; 2004.
14. Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabeticos tipo 2. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2015; Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/9261>
15. Esquia G. Calidad de vida y Autocuidado en los pacientes del programa de Diabetes del Hospital Hipolito Unanue de Tacna. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería, Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2016.
16. Paucar L. Percepción de la calidad de vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizados en el Hospital central de la Policia en el 2017. [Tesis para optar el grado de Medico Cirujano, Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2017.
17. Levison D, Reid R, Burt A, Harrison D, Fleming S, editores. Patología de Muir. 14.<sup>a</sup> ed. Mexico ,D. F.: Mc Graw Hill; 2008. 1-582 p.
18. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
19. Kenneth P, Charles B. Diabetes mellitus tipo 2. En: Elseiver, editor. Tratado de Endocrinología. 13 edición. 2017. p. 1386-450.
20. Bosch M, Cabases T, Cabre J, Coma C, Et al. Manual de educacion terapeutica en diabetes. Figuerola D, editor. Madrid; 2011. 215 p.

21. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. 2014. p. 1-67.
22. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2013.
23. Israel L. Atención Integral del paciente diabético. 4ta ed. Mc Graw Hill, editor. Mexico;
24. Dalglish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Lo Esencial en Endocrinología. 4ta ed. Elsevier, editor. Vol. 136, Journal of Experimental Psychology: General. Barcelona; 2007. 23-42 p.
25. Torres A, Zacarias R. Artículo de revisión de medicina interna (nefropatía diabética). Rev Hosp Gral Dr Manuel Gea González [Internet]. 2002 [citado 20 de agosto de 2018];5(1):24-32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2002/gg021-2c.pdf>
26. Hernandez S. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Aldrete Velasco J, editor. Mexico ,D. F.: Editoria Alfil; 2009. 22 p.
27. Altamirano L. Epidemiología Clínica. 3ra ed. Mexico ,D. F.: Mc Graw Hill; 243-256 p.
28. Vinaccia S, Margarita J. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Enfermedad Crónica: Estudios Colombianos. Psicología: Avances de la Disciplina [Internet]. 2011 [citado 20 de marzo de 2019];6(1):123-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>
29. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. 2012;30:61-71.
30. Sánchez F, Téllez T, Parejo C, Torres F, Et al. Instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. Claves de Diabetología. 2013;9(2):23.
31. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. World Health Organization; 2013 [citado 3 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

32. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alvarez V, Et al. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Revista de calidad asistencial : Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial [Internet]. 2007;22(03):133-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/la-satisfaccion-paciente-hospitalario-una-propuesta-evaluacion-13102462-experiencias-internacionales-2007>
33. Llanos C, Jiménez V, Hidalgo J, Lopez M, Et al. Satisfacción con el tratamiento en pacientes de atención primaria con artrosis. Vol. 91, Rev. Esp Salud Publica. 2017. p. 1-10.
34. Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 6.<sup>a</sup> ed. Mexico ,D. F.: Mc Graw Hill; 2012. 1-430 p.
35. Munuera J, Abad A, Albert M, Tejerina M. Psicología para ciencias de la salud. 2da ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2015. 369 p.
36. Sánchez A, Caballo C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: Poder predictivo de distintas variables psicológicas. Enfermería Global [Internet]. 2017;16(2):281-94. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00281.pdf>
37. Garza T, Gutierrez R. Trabajo con familias: Abordaje medico e integral. 3era ed. Mexico ,D. F.: Manual Moderno; 2015. 327 p.
38. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Revista Cubana de Endocrinología [Internet]. 2012;23. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007)
39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill, editor. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2014. 1-589 p.
40. Morales F, Moya M. Psicología Social. 3ra ed. Psicología Social. Madrid: Mc Graw Hill; 2007.
41. Muñoz C. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 2018;232.
42. Juárez M. El estrés y las enfermedades crónicas. 2017;18:198-203. Disponible en:

[http://samfyc.es/Revista/PDF/v18n2/v18n2\\_12\\_artEspecial.pdf](http://samfyc.es/Revista/PDF/v18n2/v18n2_12_artEspecial.pdf)

43. Cárdenas M, Pedraza C, Lerma R. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL [Internet]. 2005;8(003):352-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40280308.pdf>
44. Haya K, Paima K. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Programa Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
45. Anchante E. Calidad de vida de los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital San José de Chíncha, Enero a Junio. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería, Chíncha]: Universidad Autónoma de Ica; 2017.
46. Contreras G. Calidad de vida y Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano, Tacna]; 2017.
47. Robles R, Cortazar J, Sanchez J, Paez F, Niconili H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Psicothema [Internet]. 2003 [citado 17 de agosto de 2018];15:247-52. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1053.pdf>
48. Grupo DCCT. Confiabilidad y validez de una medida de calidad de vida para la diabetes ensayo de control y complicaciones. PubMed [Internet]. 2014;22(2):178-89. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3066604>
49. Rodríguez Bautista LM, Zambrano Plata Gloria Esperanza. Consistencia interna de la versión en español del cuestionario medida de calidad de vida de la diabetes, en Cúcuta (Colombia). Vol. 20. 2015.

# ANEXOS

**ANEXO A****CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

**ESTUDIO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN DIABETES MELLITUS TIPO II: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL DQOL-2015**

<b>TABLA 2</b>		
<b>Consistencia interna de las subescalas y puntuación del DQOL</b>		
<b>DIMENSION</b>	<b>N</b>	<b>ALPHA CRONBACH</b>
Satisfacción con el tratamiento	137	0.81
Impacto del tratamiento	101	0.76
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales.	132	0.71
Preocupación por efectos futuros de la diabetes	134	0.68
Calidad de Vida (total de DQOL)	80	0.86

**ESTUDIO: CONSISTENCIA INTERNA DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA DE LA DIABETES, EN CÚCUTA (COLOMBIA).**

Tabla II de Consistencia interna mediante Alpha de Cronbach del cuestionario de calidad de vida específica para Diabetes (DQOL) Norte de Santander (Colombia)

<b>ESCALA</b>	<b>ITEMS</b>	<b>ALPHA CRONBACH</b>
Satisfacción con el tratamiento	15	0.83
Impacto del tratamiento	20	0.78
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales.	7	0.72
Preocupación por efectos futuros de la diabetes	4	0.29
Calidad de Vida (total de DQOL)	80	0.88

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

**Análisis y estadísticos de fiabilidad**

**PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2016.**

**Análisis y estadísticos de fiabilidad**

**Análisis de fiabilidad**

**Escala: TODAS LAS VARIABLES**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	%
Casos Válidos	15	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	15	100,0

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

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,874	46

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

**Validez de consistencia interna**

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

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

este estudio: DPP = 1,90



**ANEXO B**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA  
TÍTULO DEL PROYECTO: CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PUNO-2018.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 -2018?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b> 1. ¿Cuál es la satisfacción del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2? 2. ¿Cuál es el impacto del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2? 3. ¿Cuál es la preocupación por aspectos sociales y vocacionales?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas I-4 de Puno-2018.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Satisfacción del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Impacto del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p><b>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN</b> El tipo de investigación es descriptivo porque describirá la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> El diseño de la investigación no experimental porque no se manipulará la variable calidad de vida y transversal porque para el recojo de los datos se hará un corte en el tiempo.</p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> La población es de 25 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y muestra será constituida por esta misma cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión del Establecimiento de salud José Antonio Encinas I-4.</p>	<p><b>TÉCNICA TÉCNICA.</b> La técnica de la encuesta que permitirá evaluar la calidad de vida dentro de las 4 dimensiones generales.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> El cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL) con 46 ítems que evalúan: Satisfacción del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Impacto del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Preocupación por aspectos sociales y vocacionales. Preocupación por efectos futuros de la diabetes.</p>

<p>4. ¿Cuál es la preocupación por efectos futuros de la diabetes?</p>	<p>Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Preocupación por aspectos sociales y vocacionales. Evaluar la calidad de vida en la dimensión: Preocupación por efectos futuros de la diabetes mellitus tipo 2.</p>			
--	--	--	--	--

## ANEXO C

### HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

#### PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO: “CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PUNO-2018”**

Se le invita a participar voluntariamente en este estudio de investigación con fines de titulación, cuyo título se menciona arriba de este documento. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea esta información del consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. El propósito de esta investigación es determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del establecimiento de salud José Antonio Encinas. El estudio es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo simple, transversal, donde la muestra será la totalidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que realizan sus controles en el establecimiento de salud y que cumplen con los criterios de inclusión. Se utilizará la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación es voluntaria. La información obtenida es de carácter confidencial y anónimo, Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

No hay ningún beneficio directo por su participación, sin embargo, se utilizará como base de sustentación para trabajos posteriores. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

DATOS DEL INVESTIGADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: ZUANI MARLUZ PINEDA RAMOS

Nº DE TELÉFONO: 930596608

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....de.....años de edad con  
DNI.....Domiciliado en el Jr./ Av. ....del  
barrio.....paciente del Establecimiento de Salud José Antonio  
Encinas -Puno, habiéndome explicado en forma clara y sencilla sobre el proyecto de  
investigación **“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE PUNO-2018”** ;  
que efectuará la tesista de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad  
Nacional del Altiplano, acepto participar voluntariamente en dicha investigación.  
Habiendo sido informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de  
mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento, en el que no perjudicará  
mi integridad física.

Fecha:...../...../.....

---

FIRMA

NOMBRE:

DNI

**ANEXO D**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DQOL**

**INTRODUCCIÓN**

El cuestionario de calidad de vida contiene 46 preguntas respecto a la satisfacción del tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por aspectos sociales y vocacionales y preocupación por efectos futuros de la diabetes.

**INSTRUCCIONES:**

Estimado (a) paciente, el cuestionario identifica la calidad de vida que tienen los pacientes con Diabetes tipo 2; para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que esté de acuerdo a las actividades que usted realiza en su vida cotidiana.

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO					
ITEMS	MUY SATISFECHO	MAS O MENOS SATISFECHO	NINGUNO	MAS O MENOS INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
1. ¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que le toma manejar su diabetes?					
2. ¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?					
3. ¿Qué tan satisfecho esta con su tratamiento actual?					
4. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?					
5. ¿Qué tan satisfecho esta con la flexibilidad en su dieta?					
6. ¿Qué tan satisfecho esta con la carga que la diabetes es para su familia?					
7. ¿Qué tan satisfecho esta con su conocimiento sobre su diabetes?					

8 ¿Qué tan satisfecho esta con sus horas de sueño?					
9 ¿Qué tan satisfecho esta con su vida social y amistades?					
10 ¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?					
11 ¿Qué tan satisfecho esta con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?					
12 ¿Qué tan satisfecho esta con la apariencia de su cuerpo?					
13 ¿Qué tan satisfecho esta con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?					
14 ¿Qué tan satisfecho esta con su tiempo libre?					
15 ¿Qué tan satisfecho esta con su vida general?					

ITEMS	NUNCA	MUY POCO	ALGUNA VEZ	CON FRECUENCIA	TODO EL TIEMPO
16 ¿Con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?					
17 ¿Con que frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?					
18 ¿Con que frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?					
19 ¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?					
20 ¿Con que frecuencia la diabetes interfiere con su vida familiar?					
21 ¿Con que frecuencia duerme mal por las noches?					
22 ¿Con que frecuencia la diabetes limita su vida social y sus amistades?					
23 ¿Con que frecuencia se siente bien con usted mismo?					
24 ¿Con que frecuencia se siente restringido por su dieta?					
25 ¿Con que frecuencia interfiere la diabetes con su vida sexual?					
26 ¿Con que frecuencia la diabetes no le permite manejar un auto o usar una maquina o equivalente?					
27 ¿Con que frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?					
28 ¿Con que frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?					
29 ¿Con que frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?					
30 ¿Con que frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?					
31 ¿Con que frecuencia le habla a los demás de su diabetes?					
32 ¿Con que frecuencia lo porque tiene diabetes?					
33 ¿Con que frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?					
34 ¿Con que frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe?					

35 ¿Con que frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?					
--	--	--	--	--	--

PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES						
ITEMS	NUNCA	POCO	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE	NO APLICA
36 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?						
37 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?						
38 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?						
39 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si le negaran un seguro?						
40 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?						
41 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?						
42 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?						

PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES						
ITEMS	NUNCA	POCO	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE	NO APLICA
43 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?						
44 ¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?						
45 ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?						
46 ¿Con que frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?						

**ANEXO E****SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy satisfecho	1	4,2
Más o menos satisfecho	16	66,7
Ninguno	4	16,7
Más o menos insatisfecho	2	8,3
Muy insatisfecho	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa la satisfacción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; donde el 66,7 % están más o menos satisfecho, 16,7 % ninguno, 8,3 están más o menos insatisfecho, 4,2 % insatisfecho respecto al tratamiento.

**IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>IMPACTO DEL TRATAMIENTO</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca	7	29,2
Muy poco	11	45,5
Alguna vez	6	25
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa el impacto del tratamiento los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; donde 45,5 nunca, 29,5 % muy poco impacto, 25% alguna vez impacta.

**PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**

CATEGORIAS	PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES	
	N°	%
Nunca	8	33,3
Poco	14	58,3
Alguna vez	2	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa preocupación de aspectos sociales y vocacionales de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; donde 33,3 % nunca preocupa y 58,3 % poco preocupa y 8,3 % alguna vez preocupa.

**PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**

CATEGORIAS	PREOCUPACION POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES	
	N°	%
Nunca	5	20,8
Poco	15	62,5
Algunas veces	3	12,5
Con frecuencia	1	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Cuestionario DQoL, aplicado por la investigadora.*

En la tabla se observa la preocupación por efectos futuros de la diabetes; donde 62,5 % poco, 20,8 nunca preocupa y 12,5 % alguna vez preocupa, 4,2 % con frecuencia preocupa.

**ANEXO F**

Se construyó los baremos de acuerdo a la escala de Likert para cada una de las dimensiones investigadas.

Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

Variable: Calidad de vida	
Dimensiones	Reactivos
Satisfacción con el tratamiento	15
Impacto del tratamiento	20
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	7
Preocupación por efectos futuros de la diabetes.	4
<b>Total</b>	<b>46</b>

**D1: Satisfacción con el tratamiento**

**Escala de Likert**

Escala de Likert Invertida	Puntuaciones
Muy satisfecho	1
Más o menos satisfecho	2
Ninguno	3
Más o menos insatisfecho	4
Muy insatisfecho	5

**Puntajes**

Total Reactivos	15
Puntaje Mínimo	15
Puntaje Máximo	75

**Baremo**

Baremo	Categorías
15 a 34	Alta
35 – 55	Regular
56 -75	Baja

A mayor puntaje, la satisfacción con el tratamiento indica una baja calidad de vida.

**D2: Impacto del tratamiento**

**Escala de Likert**

Escala de Likert Invertida	Puntuaciones
Nunca	1
Muy poco	2
Alguna vez	3
Con frecuencia	4

Todo el tiempo

5

**Puntajes**

Total Reactivos	20
Puntaje Mínimo	20
Puntaje Máximo	100

**Baremo**

<b>Baremo</b>	<b>Categorías</b>
20 a 46	Alta
47 – 73	Regular
74 – 100	Baja

A mayor puntaje, el Impacto del tratamiento indica una baja calidad de vida.

**D3: Preocupación por aspectos sociales y vocacionales****Escala de Likert**

<b>Escala de Likert Invertida</b>	<b>Puntuaciones</b>
No aplica	0
Nunca	1
Poco	2
Alguna vez	3
Con frecuencia	4
Siempre	5

**Puntajes**

Total Reactivos	7
Puntaje Mínimo	7
Puntaje Máximo	35

**Baremo**

<b>Baremo</b>	<b>Categorías</b>
7 a 16	Alta
17 – 25	Regular
26 -35	Baja

A mayor puntaje, la Preocupación por aspectos sociales y vocacionales indica una baja calidad de vida.

#### D4: Preocupación por efectos futuros de la diabetes

##### Escala de Likert

<b>Escala de Likert Invertida</b>	<b>Puntuaciones</b>
No aplica	0
Nunca	1
Poco	2
Alguna vez	3
Con frecuencia	4
Siempre	5

##### Puntajes

Total Reactivos	4
Puntaje Mínimo	4
Puntaje Máximo	20

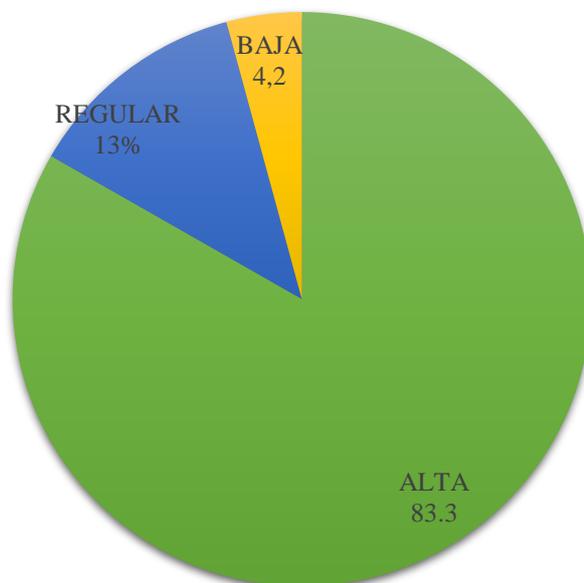
##### Baremo

<b>Baremo</b>	<b>Categorías</b>
4 a 20	Alta
10 a 14	Regular
15 a 20	Baja

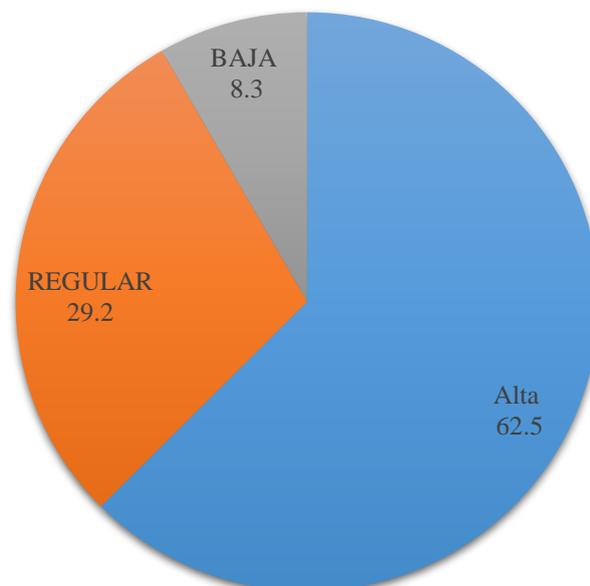
A mayor puntaje, la preocupación por efectos futuros de la diabetes indica una baja calidad de vida.

ANEXO G

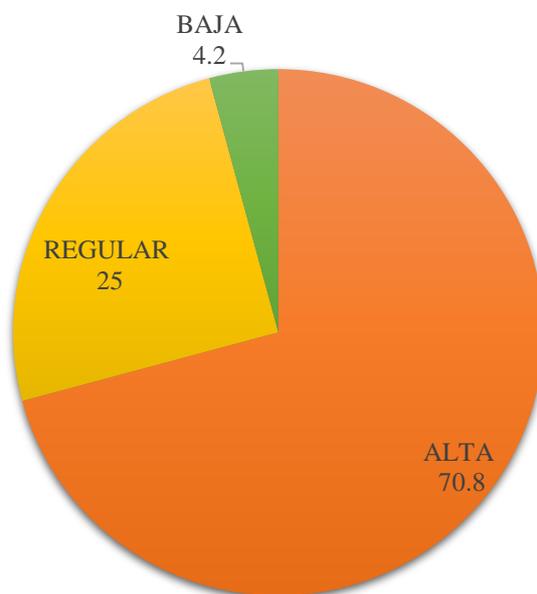
**FIGURA 1: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**



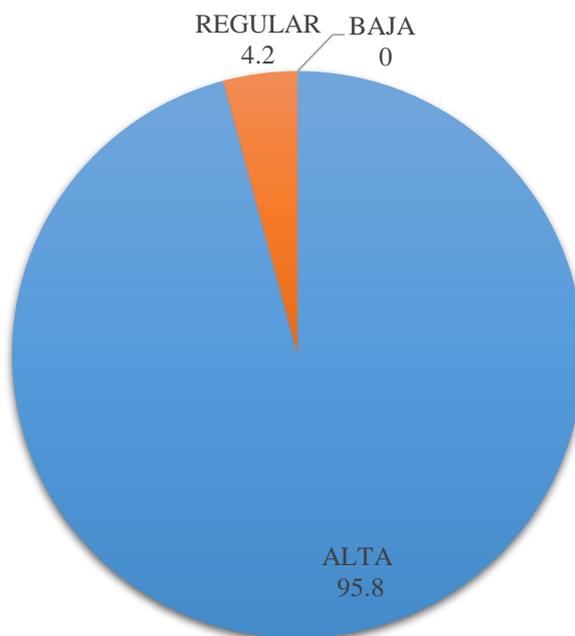
**FIGURA 2 : CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



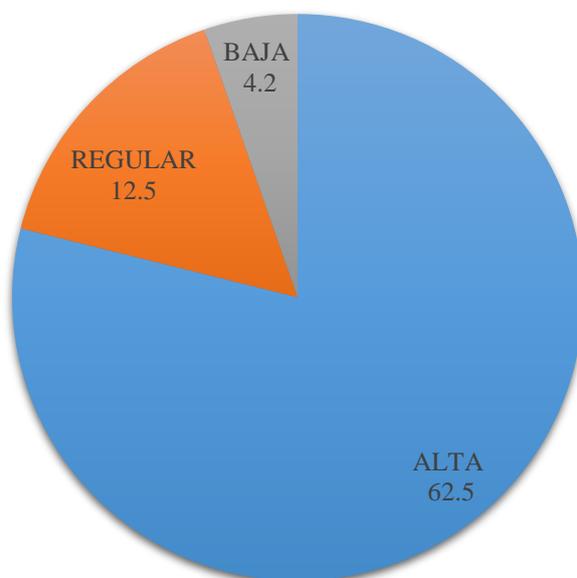
**FIGURA 3: CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**



**FIGURA 4: CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR ASPECTOS SOCIALES Y VOCACIONALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**



**FIGURA 5: CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PREOCUPACIÓN POR EFECTOS FUTUROS DE LA DIABETES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS I-4,2018.**



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

