

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE PISCO – 2017

PRESENTADO POR:

BACH. KARIM EMILIANA STHEFANNIE LOAYZA
GUERRERO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESORA:

MG. ANA MARÍA AMANCIO
CASTRO

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi docente Mg. Ana María Amancio Castro, por su paciencia, enseñanzas y experiencia lo cual me sirvió de gran ayuda para poder darle aporte científico a mi tesis.

AGRADECIMIENTO

A los profesores de la universidad por su apoyo para el desarrollo de mi tesis, al Hospital San Juan de Dios de Pisco, donde realice mi investigación, quienes han hecho posible el desarrollo de la investigación y a los usuarios que participaron voluntariamente en esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017. Investigación tipo cuantitativa, método descriptivo, diseño correlacional. Se trabajó en una muestra de 132 pacientes; para recolectar los datos se utilizó un cuestionario, validado con 0,895 y 0,890, confiabilidad Alfa de Cronbach. Los resultados arrojaron que el 30.30% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al autocuidado, el 41.67% presentan un nivel regular y un 28.03% un nivel malo; con respecto a la calidad de vida se evidencia que el 28.03% presentan un nivel bueno el 47.73% presentan un nivel regular y un 24.24% un nivel malo. Se concluyó que la variable autocuidado está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman. Se recomendó a los directivos del Hospital San Juan de Dios, implementar talleres que promuevan la participación del paciente diabético y que permitan fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual.

Palabras clave: Descompensación diabética, Cuidado de los pies, Coma diabético, Hiperglucemia, Síndrome metabólica.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between self-care and quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus who attend the diabetes program at San Juan de Dios Hospital in Pisco, 2017.

Quantitative research, descriptive method, correlational design. We worked on a sample of 132 patients; to collect the data we used a questionnaire, validated with 0.895 and 0.890, Cronbach's Alpha reliability. The results showed that 30.30% of patients present a good level with respect to self-care, 41.67% have a regular level and 28.03% have a bad level; with respect to quality of life, it is evident that 28.03% present a good level, 47.73% have regular level and 24.24% have a bad level. It was concluded that the self-care variable is directly and positively related to the quality of life variable according to the Spearman correlation. It was recommended to the directors of the San Juan de Dios Hospital, to implement workshops that promote the participation of the diabetic patient and that allow to strengthen and promote the development of their individual roles.

Key words: Diabetic decompensation, Care of the feet, Diabetic coma, Hyperglycemia, Metabolic syndrome.

INDICE

	PAG.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	viii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	11
1.2.- Definición del Problema	12
1.3.- Objetivos de la investigación	13
1.4.- Finalidad e importancia	14
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.1.- Bases Teórica	15
2.2.- Estudios Previos	29
2.3.- Marco Conceptual	36
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
3.1.- Formulación de Hipótesis	38
3.1.1.- Hipótesis General	38
3.1.2.- Hipótesis Específicas	38
3.2.- Identificación de Variables	38
3.2.1.- Clasificación de Variables	38
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	39
3.2.3.- Definición Operacional de variables	40
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	41
4.1.-Tipo y Nivel de Investigación	41
4.2.- Descripción del Método y Diseño	42
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	42
4.4.- Consideraciones Éticas.	43

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
5.1.- Técnicas e Instrumentos	47
5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	47
CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos	48
6.2.- Discusiones	64
6.3.- Conclusiones	67
6.4.- Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
INSTRUMENTO	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2	
CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) menciona que la Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en el mundo. Se calcula que más de 346 millones de personas a nivel mundial padecen de esta enfermedad y conjetura que en América Latina el número de pacientes con diabetes mellitus podría aumentar de 25 millones a 40 millones para el 2030. En el caso del Perú, la prevalencia en el año 2011 fue de 104,227 con una mortalidad de 18,9 por 100 mil habitantes (MINSa, 2012). Por lo explicado, esta enfermedad actualmente constituye un problema de salud pública importante y representa una de las prioridades dentro de los programas de intervención en nuestro país.

El interés del presente estudio es concientizar a los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 respecto al autocuidado que deben llevar, tales como; la alimentación, la cual es importante saber que alimentos consumir, el cuidado de los pies, a través de la higiene, el tipo de calzado, así mismo los controles a las que debe asistir, y de esta manera poder tener una calidad de vida adecuada, logrando un bienestar en el aspecto físico, psicológico y social.

Como estrategia se empleó el método deductivo, la cual a través de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se logró obtener información necesaria respecto al autocuidado que presentan los pacientes y la calidad de vida que llevan, y de esta manera poder brindar medidas correctivas en beneficio de la salud de los pacientes.

Por ello, el propósito del presente estudio es analizar la posible relación entre autocuidado y calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asiste hospital San Juan de Dios de Pisco, la metodología que se utilizó fue una investigación de tipo cuantitativa presento una investigación de nivel descriptiva – correlacional, durante el proceso de la investigación se presentaron algunos obstáculos, por cual se obtuvo algunos inconvenientes al poder realizarlo, pero después dieron resultados satisfactorio.

La investigación se estructuró de la siguiente manera:

El capítulo I abarca los puntos correspondiente al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva Operacionalización; en el capítulo IV se presenta la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas seguida de los Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas, responsabilizando así a las personas por su salud y ayudándoles a convivir mejor con la enfermedad. El autocuidado es el pilar fundamental en esta enfermedad, por lo que el Ministerio de Salud trabaja para la prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2, implementando en cada servicio de salud pública la organización de programas de diabéticos, en donde los profesionales de salud trabajan en equipo, al fin de reducir la morbilidad de las personas con esta patología. Los profesionales de enfermería desempeñan un rol importante en la práctica del autocuidado, realizando funciones de prevención, promoción y control del proceso salud-enfermedad de las personas.

En la actualidad la población peruana es de 27'946774 habitantes (Novelo, 2003). Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones (OMS, 2016).

En el Perú se reporta que existe una prevalencia de diabetes del 5% de la población general, siendo esta una prevalencia de 6,7 - 7,6% en la costa peruana (Piura y Lima respectivamente), 1,3% en la sierra (Huaraz) y 4,4% en la selva (Tarapoto) (Santisteban, 2000). El incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional y de los estilos de vida de la población (malos hábitos alimenticios, consumo de comida chatarra, el sedentarismo y la genética) (Untiveros, Núñez, Tapia y Tapia, 2004).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa en la cual la característica principal es la hiperglucemia, teniendo

como complicaciones microvasculares (retinopatía, ceguera, neuropatía y falla renal) y macrovasculares (enfermedad coronaria, paro cardíaco, enfermedad vascular periférica, todas ellas con un alto componente discapacitante que reduce la calidad y expectativa de vida de quien la padece (Aragón, 2003).

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el I semestre 2017, donde se observó durante las prácticas profesionales que los pacientes que acuden al programa de diabetes, manifiestan que ingieren todo tipo de alimento; pues no le alcanza el dinero para dietas, además manifiestan que si comerían dieta siempre, se sentirían como si no fueran personas normales; también manifiestan que les gusta comer mucho dulces e ingerir bebidas gaseosas, por otro lado se observa que sus miembros inferiores tienen la piel reseca, casposa cuarteada, uñas largas sucias, piel en esta zona más pálida que lo normal, en líneas generales algunos en mal estado de higiene. Cuando se les pregunta si se controla en casa su glicemia refiere “que prefieren no hacerlo porque tienen miedo y que no acuden a sus controles por falta de tiempo “o por “temor a que les llamen la atención “entre otros; toda esta situación repercute en su estado físico evidenciado por su dejadez o desarreglos en su peso, en su estado emocional pues tienden a la depresión y algunos al aislamiento con su familiar y amigos.

Por lo anteriormente expuesto, nos es conveniente plantear el siguiente problema de investigación.

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?

Problemas específicos

1. ¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?
2. ¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión cuidados de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?
3. ¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?

1.3.- Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

Objetivos específicos

1. Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.
2. Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión cuidados de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

3. Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

1.4.- Finalidad e Importancia

El autocuidado es muy importante en las personas que padecen esta enfermedad ya que se puede prevenir complicaciones a largo plazo y así disminuir la tasa de morbimortalidad. La teoría del autocuidado tiene su origen en la famosa teorista norteamericana, Dorotea Orem, que afirma que “el autocuidado es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo” (Prado, *et al* 2014, p. 838).

La Calidad de Vida, para Andrew (1991), encierra el reconocimiento de que los logros materiales alcanzados por la especie humana en la actualidad, se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental reparador y creativo; de la recreación, actividad lúdica y comunicativa de la vida familiar integradora y educativa; y de otros componentes que confortan el espíritu y le dan sentido a la vida.

Este autor especifica la existencia de indicadores psicológicos a indicadores sociales. Entre los psicólogos señala la vida individual o biografía y las reacciones frente a diferentes experiencias. En cuanto a los indicadores sociales alude a algunos como condiciones objetivas de vida, seguridad social, nivel de desempleo, La Calidad de Vida relacionada con la salud - enfermedad, no es ajena a esta Calidad de Vida general, pues el propio concepto de salud abarca todas las esferas del ser humano. Así, si asumimos el concepto de salud de la O.M.S.: «La salud no es sólo ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1. Autocuidado

Según Tobón (2003) mencionó que:

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a lo largo de la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad respondiendo a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Así mismo Colliere (1993) define el autocuidado como:

El acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda.

El autocuidado significa aceptar la responsabilidad personal de la propia salud; mucha gente la practica sin asistencia de profesionales ya que solo se requiere de un poco de entrenamiento. El autocuidado significa adoptar estilos de vida saludable y hábitos de buena salud, tanto nutricionales como de ejercicio y relajación, con el apoyo de nuestra familia y amigos (González, 2000)

El autocuidado es un concepto de vital importancia, ya que involucra a la persona como actor competente capaz de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permite alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo, indispensables en el logro de un envejecimiento pleno y saludable (Araya, 2012)

El autocuidado forma parte del estilo de vida de las personas, (Dean, 1989) entendidos como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Estos patrones se repiten en las distintas circunstancias que la persona se enfrenta día a día, y que realiza influida por su propio esquema de valores, los de otras personas y por los eventos políticos y económicos que caracterizan el medio en el que se desenvuelve. Según la misma autora, (Dean, 1981) el autocuidado se puede expresar de tres formas dentro de los estilos de vida: como hábitos rutinarios que pueden afectar a la salud, como conductas que conscientemente buscan mantener la salud y como comportamientos que responden a los síntomas de las enfermedades.

La aparición de un determinado problema de salud, especialmente las enfermedades de larga duración o crónicas, significa para la persona afectada y su grupo social más próximo, generalmente la familia, un cambio sustancial en sus vidas, ya que deben incorporar un nuevo repertorio de acciones específicas para la recuperación de su autonomía e independencia (Mariscal, 2006). De hecho, autores como Graham (Graham, 1984) considera que existen al menos cinco actividades básicas de cuidado endógenos de la salud realizadas por las familias en el ámbito doméstico y que se refieren a las tareas generalmente desarrolladas por las mujeres: crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud, asistir y cuidar durante las enfermedades, educar para la salud, servir de mediador con los profesionales de la salud y afrontar demandas urgentes.

Todo lo anteriormente expuesto, implica el reconocimiento del valor de los autocuidados para el mantenimiento de la vida, el bienestar, la salud y como fuente de autonomía, independencia y satisfacción personal, como la necesidad de articular acciones eficaces y rentables para su desarrollo (Mariscal, 2006).

El autocuidado desde la orientación enfermera.

La Enfermería para el Autocuidado, constituye un enfoque particular de la práctica clínica, que pone su énfasis fundamentalmente en la capacidad de las personas para promover mantener y recuperar la salud. Desde esta perspectiva, el autocuidado es un hecho cultural, y por tanto, está influenciado por los valores personales, culturales y del grupo en el que se vive y se aprende mediante la comunicación interpersonal (Fenco, 2010).

Aunque la idea de paciente como agente de cuidados fue expuesta con anterioridad por otros autores, la idea de autocuidado desde la perspectiva enfermera fue originada y formalizada por Orem, y el desarrollo de la teoría del autocuidado, dentro del campo de la enfermería, fue formalizado por esta autora. Es el único modelo que parte de constructos propios, arranca del concepto de autocuidado, que surge de las proposiciones que establece desde los conceptos nucleares del metaparadigma enfermero, Salud, Persona, Entorno y Enfermería como disciplina, que ayuda a las personas a cuidar de sí mismas o a cuidar de personas dependientes (Prado, 2014).

Orem define el autocuidado como “la práctica de las acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento o desarrollo en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Contempla el concepto “Auto” como la totalidad del individuo, bajo una perspectiva holística indisoluble, incluyendo sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales y el concepto “Cuidado”

como la totalidad de actividades que el individuo inicia, de manera voluntaria, para mantener la vida y desarrollarse de una manera que sea normal para ella. (Prado, 2014)

Por todas estas razones, el constructo teórico Autocuidados, se abordará en este trabajo desde la perspectiva teórica desarrollada por Dorotea Orem en su obra Orem's general theory of nursing (Orem & Taylor, 1986). Esta Teoría denominada Teoría General de Autocuidado, es una síntesis de los contenidos integrados por tres teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de autocuidado y Teoría del Sistema de Enfermería.

Dimensiones de la variable autocuidado.

Dimensión alimentación.

Alimentación sana y su glucosa, algunos de las metas de alimentación sana son para ayudar a controlar y mejorar sus niveles de colesterol, presión arterial y peso.

Un plan de alimentación sana incluye comer alrededor de la misma hora todo los días y comer alimentos variados, revisar sus niveles de glucosa 2 horas después de una comida, puede aprender cómo le afectan los diferentes alimentos, una alimentación sana y nutrición adecuada son partes importantes de su plan para ayudar a estabilizar su diabetes tipo 2, pero con la variedad de opciones que hay actualmente, que ayuden a controlar su glucosa y también un buen sabor (OMS, 2010).

La mayoría de las frutas, como las manzanas, naranja, plátanos y uvas, son un buen alimento, comer vegetales que contenga almidón, como lechuga, espinacas, tomate y brócoli.

Estos son granos que no han sido procesados, de manera que son más sanos, arroz integral, espagueti de trigo integral, consumir carnes que contengan menos grasas. Retirar la piel del pollo, los pescados y mariscos son muy nutritivos y son más sanos que la carne roja. Producto lácteos sin grasa consumir leche descremada, yogurt y queso bajo en grasa, solo cantidades pequeñas de grasas saturadas y colesterol utilizar aceites líquidos en lugar de grasas solidas como la mantequilla.

El agua es la forma más sana de apagar la sed. Probar algo de variedad, tomar las bebidas sin calorías. No tomar refrescos normales, refrescos de frutas y cualquier otra bebida con mucha azúcar (OMS, 2011).

Plan de alimentación para la diabetes. Ayuda a estabilizar su glucosa, presión arterial, colesterol y peso por suerte, no se tiene que hacer su plan de alimentación para diabetes solo, el médico, neurólogo, asesor nutricional, experto en diabetes y otros miembros de su equipo de atención médica pueden enseñarle las formas de crear y seguir un plan de alimentación para diabetes.

Dimensión cuidados de pies en pacientes diabetes.

La diabetes puede causar daño a los nervios y los vasos sanguíneos de los pies. Este daño puede causar estumecimiento y reducir la sensibilidad de los pies. Como resultado de esto, es posible que los pies no sanen bien si se lesionan , observar si salen ampollas, inspeccionar arriba , ambos lados de las plantas de los pies , los talones y entre otros dedos , buscar ampollas o ulceras , hematomas o cortaduras , enrojecimiento , color o sensibilidad , puntos firmes (OMS, 2011).

Cuidado de la uñas. Realizar el cuidado de las uñas después de la higiene de los pies, retirar el esmalte de las uñas, si lo tuviera, con un algodón o una gasa impregmentada en acetona si es necesario cortar las

uñas, según su dureza, se puede sumergir el pie en agua a unos 40 grados durante 10 a 20 minutos, si no existe contraindicación.

Limpiar las uñas con el cepillo, secar el pie, cortar o limar las uñas en línea recta y con los bordes lisos, por encima de la punta del dedo.

Aplicar crema hidratante y/o ácidos grasos hiperoxigenados, si es preciso vestir los pies del paciente en posición cómoda y adecuada (OMS, 2015).

Observaciones. El paciente autónomo, proporcionar todo el material necesario para realizar la higiene de los pies, realizar el lavado y cuidado de los pies durante el aseo del paciente, siempre que lo precise y al menos cada 24 horas, evitar recortar o excavar dentro de las esquinas de las uñas, para que no crezcan hacia dentro, observar detalladamente el pie para descubrir la presencia de cualquier tipo de alteración: Ulceraciones, micosis, grietas, frialdad, color. En caso de su existencia comentar al facultativo y aplicar el cuidado adecuado evitar la inmersión prolongada para impedir la maceración de la piel. Prestar especial atención en los pacientes diabetes con trastornos metabólicos, circulatorios o neurológicos. Evitar la tensión y el sobrepeso de la ropa de la cama sobre los pies, con especial atención a los pacientes inmóviles, tras la aplicación de la crema hidratante en los pies, dejar que se absorba el producto si el paciente va a deambular, para evitar caídas o lesiones (OMS, 2014).

Dimensión controles médicos

La unidad básica asistencial en el manejo del paciente diabético está formada por el profesional médico y de enfermería. Ambos deben participar de la manera coordinada en la formulación de objetivos y organización de actividades. El paciente diabético debe percibir claramente el consejo de equipo, en el que cada profesional tiene asignadas unas tareas con el fin de garantizarle una atención integral. (OMS, 2016)

Contenido de las visitas de enfermería. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el control y en la educación de la persona diabética, el contenido de la consulta de enfermería: hipoglucemias (número y circunstancias), síntomas de hipoglucemia (poliuria, polidipsias, calambres y parestesias, dolor torácico, lesiones en los pies, consumo de tabaco)

Evaluación del cumplimiento. Alimentación, ejercicios, tratamiento farmacológico, higiene y cuidado de los pies, objetivos terapéuticos (tratamiento y educación)

Exploración. Peso (IMC), examen de los pies, presión arterial (decúbito y ortostatismo)

Evaluación de la libreta de autocontrol. Glucemias capilares, frecuencia y técnica de autoanálisis, registro de hipoglucemias, peso.

Educación diabetologica. Programa educativo inicial, consejo mínimo para dejar de fumar. Intervenciones anuales de almuerzo.

Contenido de la consulta médica. Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones.

Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y de plan terapéutico y adaptador si es preciso.

Frecuencia de las visitas. Las visitas se programan en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evaluación de la diabetes.

Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una

frecuencia diaria de visitas durante la primera semana, después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la frecuencia. (OMS, 2015).

Una o dos visitas médicas al año.

Tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa.

Criterios de remisión a consulta médica. Debe determinarse entre el médico y el profesional de enfermería las situaciones en las que deben remitirse al paciente a consulta médica. Entre esas situaciones pueden estar las siguientes:

Tres glucemias sucesivas entre 200-300mg/dl o una ≥ 300 mg/dl, o cetosis o algún proceso intercurrente.

Episodios frecuentes de hipoglucemias.

Efectos adversos de los medicamentos o interacciones medicamentosas.

Cada seis meses o un año, según protocolo y organización del centro, con solicitud de pruebas de analítica o ECG o solicitud del fondo de ojo.

Criterios de derivación a atención especializada. _Los criterios de consulta con otros niveles especializados deben preservar el contacto continuo con el paciente diabético. Deben considerarse los niveles de formación y capacitación de los distintos equipos, los medios disponibles en cada centro y la existencia de protocolos conjuntos con los niveles especializados. (OMS, 2016)

2.1.2. Calidad de vida

Calidad.- conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonables. (Schwartzmann, 2003)

La calidad de Vida puede ser definida como la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias. (Urzúa, 2008)

Así mismo Galván (2014) mencionó que “La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social”.

Por otro lado Lawton (2001) mencionó que es “Una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo”.

Dimensiones de la calidad de vida.

Las dimensiones permiten especificar de manera eficaz el concepto de calidad de vida. Cuando nos referimos a la calidad de vida en pacientes diabéticos y del funcionamiento social del sujeto, están relacionados siempre con los síntomas de la enfermedad y/o tratamiento. A continuación citamos las tres dimensiones (Coehlo 2003)

Dimensión física.

Es la percepción del estado físico, de la capacidad de realizar las actividades diarias, lograr un buen estado físico (por ejemplo pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal) mantener una nutrición adecuada y un óptimo peso

corporal, comprende también los síntomas procedentes de la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento (Calman, 1997).

Es importante que la persona que padece de Diabetes realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad (Schwartzmann, 2003)

Dimensión social.

Es la percepción que tiene la persona de su interacción con otras personas, se incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar, desempeño laboral, funcionamiento en la intimidad (sexualidad). (León, 2006).

Ganz (1995) toma en cuenta las áreas en mención y así mismo señala que se pueden tener en consideración para la evaluación de la calidad de vida, otros aspectos como preocupaciones espirituales o existenciales y la satisfacción con la asistencia de salud como por ejemplo la relación personal-paciente.

A medida que pasa el tiempo, el paciente diabético entra en un declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a dejar sus trabajos o jubilarse. Lo cual influye directamente con el alejamiento brusco de su vida profesional, de su grupo de pertenencia dinámica. Esto puede causar que el paciente tenga la impresión de que se haya convertido en un simple espectador en la vida. En realidad, no tiene que ser así, se hace forzosa la

solución positiva esta crisis, para evitar que la persona desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida: el tedio y la soledad. El tedio puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos (Sender, *et al*, 2002).

Como menciona el *Geriatra Cowgill*, la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento (Sender, *et al*, 2002).

Dimensión psicológica.

Es la percepción que tiene la persona de su estado cognitivo y afectivo; es la capacidad de controlar el estrés y expresar las emociones adecuadamente. Este bienestar emocional implica la capacidad de reconocer, aceptar y expresar los sentimientos, y de aceptar las propias condiciones (Arostegui, 1998).

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo (Arostegui, 1998).

Según Anderson (1975) el bienestar se traduce como el estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la auto

aceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc.

Abreu (1991) indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras. (Abreu, 1991).

2.1.3 Teoría de Enfermería

2.1.3.1 Teoría del déficit de autocuidado de Orem

El marco teórico de esta investigación está centrado fundamentalmente en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado desarrollada por Dorothea Orem. Sus conceptos y la descripción general de la teoría son tomados fundamentalmente partiendo de los planteamientos realizados por Alligood y Marriner en su obra Modelos y Teorías en Enfermería (Alligoog y Marriner, 2011) y de Orem en su obra, Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica (Orem, 1993)

La teoría del autocuidado, explica el concepto autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. En ella se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben deliberadamente llevar a cabo por sí solas para

mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado en definitiva es un sistema de acción.

Orem ha definido el autocuidado como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Orem, 1993)

En su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas, y el concepto de "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia y realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (Orem, 1993). Esta definición asume el autocuidado como un hecho tradicional, no evita la interacción con los profesionales de la salud y permite la inclusión de medidas de autocuidado para mantener o promover la salud, prevenir la enfermedad y facilitar la recuperación de la enfermedad o lesión.

La teoría del déficit de autocuidado, explica que las personas poseen capacidades especializadas necesarias para conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado. La forma en la que los individuos satisfacen estos requerimientos es por medio de acciones de autocuidado que repercuten en su estado de salud y bienestar. Tanto las capacidades como las acciones de autocuidado tienen como finalidad satisfacer los requisitos de autocuidado, entre los que se encuentran los de desviación de salud. El conjunto de acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado en un punto específico del tiempo, constituye la demanda terapéutica de autocuidado. Cuando la demanda terapéutica es mayor que las capacidades, se dice que existe déficit de autocuidado.

Describe y explica en su teoría las causas que pueden provocar dicho déficit y cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado establece que los individuos tienen limitaciones en las acciones relacionadas al cuidado de su salud. Estas limitaciones los hacen total o parcialmente incapaces para conocer los requisitos o necesidades de cuidado que requieren. Si no conocen estas limitaciones no pueden comprometerse con acciones de autocuidado. Al no realizar estas acciones se ve afectado su desarrollo o estado de salud integral. Es entonces cuando necesitan cuidados especializados de enfermería (Orem, 1993).

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel de la persona en el autocuidado.

Según Orem (1993) cuando existe déficit de autocuidado, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas:

Sistema de compensación total. Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica por qué la enfermera es necesaria. Por su limitación, el paciente no interviene en el autocuidado y tiene dependencia total de la enfermera.

Sistema de compensación parcial. El enfermo y la enfermera participan en el autocuidado, ya que el individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidados, pero no todos.

Sistema de apoyo educativo. El individuo tiene capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación en la adquisición de

habilidades y toma de decisiones. La enfermera instruye y orienta. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para satisfacer sus propios requisitos de autocuidado de manera terapéutica (Portilla, 2011)

Cuando es la persona la que lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina agente de autocuidado y esta acción va dirigida a conseguir unos objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud). En este caso, el papel de enfermería es, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad. (Prado, 2014)

2.2.- Estudios Previos

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

2.2.1 Estudios Nacionales

Caballero (2016) "Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II". Lambayeque-Perú. Objetivo: Establecer los factores asociados a la baja calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Método: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. La muestra se obtuvo con el programa Epidat versión 3.1, desconociendo la población total de pacientes atendidos, con una proporción esperada de 30% por antecedentes de la investigación, un nivel de confianza de 95%; se obtuvo una muestra de 132 pacientes. Resultados: Se realizó el estudio en 132 pacientes de los cuales 55.3% fueron hombres, la

mediana de la edad fue de 55.06 años, con una desviación estándar de 13.3. De los participantes, 110 presentaron una baja calidad de vida global, donde el 54.54% son del sexo masculino, de acuerdo a los factores estudiados, se observa que la edad, el sexo y la glicemia del paciente tienen una asociación estadísticamente significativa con respecto al bajo nivel de calidad de vida, donde el factor glicemia se asocia con los 5 dominios de la encuesta planteada. Conclusiones: El nivel de calidad de vida según edad y sexo, se logró identificar que a partir de los 51 años la calidad de vida es menor este grupo de pacientes. De acuerdo a nuestro estudio, se evidencia una menor calidad de vida en los pacientes varones. Teniendo en cuenta los factores biológicos como hemoglobina glicosilada, la cual que en promedio se encuentra entre 5.6 a 6.4 % lo cual represente el 37.1% de los participantes. Con respecto a la glicemia el valor promedio se encuentra entre los 126 a 139 mg/dl. El IMC en nuestro estudio se encontró que 50.7 % de los participantes se encuentra en sobrepeso con un IMC de 25 a 30 kg/m². La edad, y la glucemia se asocian estadísticamente al nivel de calidad, observándose que a mayor edad y nivel de glucosa en sangre, menor es la calidad de vida de estos pacientes. En contraste, la hemoglobina glicosilada no se asocia a una baja o alta calidad de vida. Se debe tener en cuenta que estos factores se asocian independientemente con las diferentes dimensiones de la encuesta.

Gamboa (2014) "Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo". Lima-Perú. Objetivo: Determinar la percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su calidad vida en el programa de diabetes. Método: El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Resultados: Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una 11 percepción favorable y

el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Conclusiones: La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Arias y Ramírez (2013) “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac”. Lima-Perú. Objetivo: Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Adultos mayores se encuentran registrados en el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández de la zona urbana distrito de Pachacámac, muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: De los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico. Conclusiones: Se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus

tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico.

Haya y Paima (2012) “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital EsSalud - II Tarapoto. Junio – Agosto 2012”. San Martín- Perú. Objetivo: Determinar la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, que asisten al Programa Diabetes Mellitus del Hospital EsSalud - II de Tarapoto, entre Junio – Agosto 2012. Método: La presente investigación es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo representada por 74 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: La calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital EsSalud es de Regular a Alta; la edad promedio de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior; se observa predominio del sexo femenino, estado marital con pareja; el tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 - 29 años y con una pertenencia al programa de 1 – 16 años, y la complicación que más preocupa a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa es amputación y problemas de los pies; la dimensión que más afecta a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Programa Diabetes Mellitus, es preocupación por efectos futuros de la enfermedad, seguida por impacto de la enfermedad y la menos afectada es satisfacción con el tratamiento; la percepción general del estado de salud de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II es regular.

2.2.2. Estudios Internacionales.

Merchán (2014) “Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2”. España. Objetivo: Conocer la prevalencia de déficit de conductas de autocuidado en la población adulta con diabetes tipo 2 (DMT2) del área de salud de Cáceres y determinar los factores o variables asociados a dicho déficit. Método: Estudio analítico observacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 260 personas. La obtención de los datos fue a través de la entrevista personal mediante un cuestionario estandarizado elaborado para esta investigación. Resultados: se encontraron un 15,8% tenían normopeso, la mitad sin estudios. El déficit de autocuidado lo presentaron el 49,8% para el cuidado de los pies, el 26,6% para el ejercicio, el 23,8% para el control de la glucemia, el 8,1% para la alimentación, el 6,2% para la asistencia a los controles y el 1,2% para el tratamiento farmacológico. Y está asociado a la alimentación y el sexo del paciente, el lugar de residencia y el sector profesional. En el ejercicio sólo con la edad, decreciendo el déficit a medida que aumenta la edad de las personas. En el autocuidado de los pies se relacionó con la situación laboral. Conclusiones: Las personas con DMT2 presentan déficits de autocuidado, siendo especialmente relevantes en el tratamiento no farmacológico. La prevalencia de déficit de autocuidado se asoció a factores individuales: no modificables por el sistema sanitario como la edad, sexo y situación laboral; y modificables como el tabaquismo y el índice de masa corporal. A factores derivados de la enfermedad como el tiempo de evolución de la diabetes y padecer complicaciones. Así mismo, la prevalencia de déficits de autocuidado se asoció a factores del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales, la información escrita recibida por los pacientes y la información facilitada a los familiares. La identificación y comprensión de estos factores facilita diseñar e implementar estrategias adecuando de forma más efectiva el proceso de intervención educativa.

Auca y Carabajo (2013) "Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N°. 1. Pumapungo, Cuenca – Ecuador 2013". Ecuador. Objetivo: Determinar el autocuidado en personas con DMT2 que asisten al Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 1 Pumapungo - Cuenca 2013. Método y materiales: Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo que permitió determinar el autocuidado en personas con DMT2, que asisten al Club de Diabéticos. Se trabajó con todo el universo de personas. Resultados: Se estudió una población total de 57 personas con DMT2, que asisten al Club de Diabéticos, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino con un de 61% y entre las edades de 45 -65 años o más, del total el 37% son casados, el 32% viudos. El 94.7% de las personas toman o se administran medicación para controlar la enfermedad y el 5.3% la controlan con dieta equilibrada y ejercicio adecuado. Se evidenció que el 82.5% realizan actividad física, el 100% acude al control médico periódico. El 52.6% se alimentan entre 4 a 6 veces al día. Conclusiones: Los resultados encontrados en este estudio demuestran que las 57 personas encuestadas, realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad.

Orizaga, J. (2013) "Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención de Querétaro". México. Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil (DE) bajo la metodología de diseño transversal y de asociación simple en donde se entrevistaron a 270 usuarios de sexo masculino y con diagnóstico de DM2, se aplicó cédula de identificación y los cuestionarios Health Inventory for men. Resultados: la edad promedio de los participantes fue 57.8 años, 37.5% tiene escolaridad secundaria, 85% refirió ser casado, 34.8% trabajaba, 40.9% tiene entre 5 y 14 años de diagnóstico, solo 26.1% tiene control de glucosa, 72.3% tiene sobrepeso u obesidad, 67.8% reportaron algún grado de DE. Perciben su salud general como regular 69.8% y su calidad de vida

global se ubicó en 68.8%, siendo la dimensión más afectada la física 55.7%, y la social 57.9%. Los pacientes con DE tiene 10.8 más veces menor calidad de vida en comparación con los pacientes sin DE. Conclusión: La atención integral del ser humano y no solo de la enfermedad DM tipo 2, debe ser retomado por el personal e instituciones de salud, ya que factores psicológicos, sociales, culturales y económicos influyen para la presencia DE y mala calidad de vida.

Salazar, *et al.* (2012) “La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara”. México. Objetivo: Evaluar la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de Objetivos: Evaluar la relación de la diabetes sobre la calidad de vida, utilizando el cuestionario Diabetes 39 en pacientes diagnosticados como diabéticos que acuden a visita ambulatoria a centros de salud. Materiales y métodos: Con un diseño transversal en una muestra no probabilística determinada por un periodo de tiempo en cuatro centros de salud de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) en la Zona Metropolitana de Guadalajara, en pacientes que acuden a control de diabetes. Se estudiaron tres variables: calidad de vida, socio-demográficas y específicas de la enfermedad. Resultados: En la muestra de 198 pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 y con un tiempo de evolución de 9.51 ± 8 años, un 76.7% sin complicaciones relacionadas con la diabetes, una mitad (47.9%) fueron tratados con dieta. Con base en los dominios medidos con el Diabetes 39, las puntuaciones más altas se dan en la “calidad de vida” con un deterioro en la misma seguida de la percepción que se tiene sobre la “severidad de la diabetes”, de los cinco dominios los de “energía y movilidad” y el de “funcionamiento sexual” fueron los que tienen una mayor media del total de la muestra. Las diferencias significativas por género se dan en el dominio de “funcionamiento sexual” para los hombres. Conclusiones: La calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad

de un programa de intervención en actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica.

2.3.- Marco Conceptual

Adaptación: Es un proceso de acomodación o ajuste de una cosa u organismo o hecho .ser o circunstancia.

Antidiabético: Es un fármaco que se administra por vía oral, que actúa disminuyendo los niveles de glucemia. . Los antidiabéticos orales se utilizan para tratar la diabetes tipo 2, al reducir la hiperglucemia que padecen.

Calidad: Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas

Calidad de vida: Es la valoración subjetiva que hace el paciente diabético de su vida, considerando los aspectos físicos y psicosociales relacionados con la salud.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia.

Coma diabético: Emergencia grave durante la cual la persona está inconsciente debido al nivel excesivamente elevado de glucosa en la sangre y por haber demasiados cuerpos cetónicos (ácidos) en el organismo.

Coma hipo glicémico: Es la situación de pérdida de conocimiento a causa de una hipoglucemia grave.

Cuidado de los pies: Las personas con diabetes tienen mayor probabilidad de sufrir problemas en los pies. La diabetes puede causar daño a los vasos sanguíneos y a los nervios, y disminuir la capacidad del cuerpo para combatir infecciones.

Descompensación diabética: Es la situación que aparece cuando existe una hiperglucemia grave y sostenida. En la descompensación diabética hay una serie de síntomas: mucha sed, fatiga, aumento de la emisión de orina, glucosuria muy positiva, cetonuria, náuseas y vómitos, generalmente con dolor abdominal y glucemia alta.

Diabetes mellitus: La diabetes sacarina es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas

Diabetes tipo I: es una enfermedad metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las Célula beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes tipo II: Diabetes senil, conocida anteriormente como diabetes no-insulinodependiente, es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre.

Enfermería: Es un servicio a la sociedad, se basa en un arte y ciencia, que moldea las actitudes, las capacidades intelectuales y las habilidades de cada enfermera, y las transforma en el deseo y la capacidad de ayudar a la gente enferma o sana a satisfacer sus necesidades de salud.

Hiperglucemia: Significa cantidad excesiva de glucosa en la sangre. Es el hallazgo básico en todos los tipos de diabetes, cuando no está controlada o en sus inicios. El término opuesto es hipoglucemia.

Hipoglucemia: Es una concentración de glucosa en la sangre anormalmente baja, inferior a 50-60 mg por 100 mL.

Glucómetro: Se trata de un aparato pequeño y portátil que puede usarse para comprobar la concentración de glucosa en sangre. **Paciente diabético:** Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenta una enfermedad crónica degenerativa.

Relación enfermera-paciente: Es la relación que se produce entre el profesional de enfermería y el paciente; es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal.

Salud: Es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.

Síndrome Metabólico: Es la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Existe relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

1. Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.
2. Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión cuidado de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.
3. Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable Independiente (x)	Autocuidado
Variable Dependiente (y)	Calidad de vida

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable Independiente (x): Autocuidado

Según Tobón (2003) mencionó que:

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a lo largo de la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad respondiendo a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Variable Dependiente (y): Calidad de vida

Galván (2014) mencionó que “La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social”.

3.2.3.- Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
Independiente.: Autocuidado	Alimentación	Horario Alimentos que consume Cantidad de alimentos
	Cuidados de pies	Observación Por especialistas Corte uña Higiene Calzado
	Controles	Médicos De enfermería Otros profesionales
Dependiente: Calidad de vida	Bienestar físico	Realiza ejercicios periódicos Actividad diaria Comorbilidad Estado físico
	Bienestar psicológico	Preocupaciones Presiones a diario Vergüenza Sueño
	Bienestar Social	Aislamiento Stress Soporte familiar Interés sexual

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y nivel de Investigación

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2007)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

Es descriptivo, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2007)

Es correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

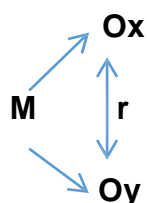
4.2.- Descripción del Método y Diseño

Método: El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal.

Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad.

Diseño: El diseño que se utilizó en la presente investigación es el correlacional que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = Autocuidado

O_y = Calidad de vida

4.2.- Tipo y nivel de Investigación

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2007)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

Es descriptivo, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2007)

Es correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

Población:

Según Tamayo (2002), se refiere a la población como:

La totalidad de un fenómeno de estudio, que incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que deben cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de unidades que participan de una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación. (p. 176)

La población estuvo conformada por 200 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que asisten de forma ambulatoria al Hospital San Juan de Dios de Pisco, entre los meses de septiembre y octubre del 2017.

$$N= 200$$

Muestra: Para definir el tamaño de la muestra a trabajar en la investigación, se aplicó la siguiente fórmula correspondiente a poblaciones finitas:

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

Donde:

N : Población (200)

Z : Nivel de confianza (95%: 1.96)

P : Probabilidad de éxito (0.5)

Q : Probabilidad de fracaso (0.5)

E : Error estándar (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{200 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{(200 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)} = 132$$

n=132

Muestreo: El presente estudio presento un muestreo probabilístico, de manera aleatoria simple, puesto que todos los pacientes tienen la misma opción de ser elegidas.

4.4.- Consideraciones Éticas.

En el presente estudio se aplicó los principios bioéticos que rigen al profesional de enfermería, que permitió cumplir los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios como los siguientes: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y equidad. Siendo nuestra base moral que nos hace ser servidores del prójimo, y respetar su integridad.

Respeto. Los datos recolectados fueron empleados estrictamente para fines de la investigación, respetando la vida privada de cada persona y abstenerse de hacer comentarios que difamen su integridad, Utilizando un estilo de comunicación que denote cortesía y sensibilidad hacia las demás personas.

Autonomía.- Este principio ético respalda la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo a la decisión de participar en la investigación, y así podrán determinar sus propias acciones, de acuerdo a su elección y esta fue respetada.

Veracidad La ética de la investigación en tanto exploración y búsqueda de conocimiento de la realidad, tiene en la verdad un principio propio específico; por tanto, las condiciones de su realización deben ser de tal naturaleza y características de no desvirtuarla. Por lo tanto las personas que respondan a cada pregunta con la verdad, los resultados no serán manipulados.

No maleficencia: La no maleficencia es la consideración más elemental cuando se reflexiona sobre los comportamientos deseables del ser humano. Este principio establece que es inaceptable la realización de proyectos de investigación cuando se presume la posibilidad de daño para cualquier forma de vida, impactos desfavorables en el ambiente y cualquiera.

Beneficencia: Los resultados del proyecto de investigación, nos permitió promocionar la salud y mejorar las estrategias de autocuidado y calidad de vida de los pacientes, actualmente en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Responsabilidad: La investigadora en todo momento buscó cumplir con el calendario de entrevistas programadas.

Honradez: Es una característica importante porque cuando ésta falta resulta imposible alcanzar los objetivos científicos, por lo tanto los datos obtenidos en la investigación no se debe inventar, falsificar, desfigurar, o tergiversar datos o resultados obtenidos en la investigación por lo tanto a las personas encuestadas se dará confianza para que sus respuestas sean individuales, verídicas y sobre todo que no se utilizarán para otros fines.

Justicia: una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, la enfermera necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta, que según (Hernández, et. al, 2014), es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, que, mediante preguntas, en forma personal, telefónica, o correo, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

5.1.2 Instrumento

Se utilizó cuestionarios con preguntas cerradas que permitieron recolectar la información necesaria para responder la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado.

Para lo cual se preparó 56 ítems que se dividió en:

Independiente: Autocuidado: Se utilizó 25 ítems.

Dependiente: Calidad de vida: Se utilizó 31 ítems.

Con respecto a la valoración del instrumento se trabajó con los siguientes niveles:

Variable autocuidado

Bueno (93-125)

Regular (59-92)

Malo (25-58)

Variable calidad de vida

Bueno (73-93)

Regular (52-72)

Malo (31-51)

Procedimiento:

1. Se entregó una encuesta a cada paciente, informándoles previamente sobre el estudio que se les pretende realizar y los objetivos del mismo.
2. Luego se obtuvo el consentimiento de los pacientes, dando a conocer que su participación es en forma voluntaria.
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionaron tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

5.2.- Plan de Recolección de datos, procesamiento y presentación de datos

Para la recolección de los datos, se envió una carta al director del hospital San Juan de Dios, Pisco, además una copia al jefe de la oficina de docencia e investigación, así como a la jefe del departamento de enfermería y del servicio, solicitando autorización para la aplicación del instrumento.

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 23.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

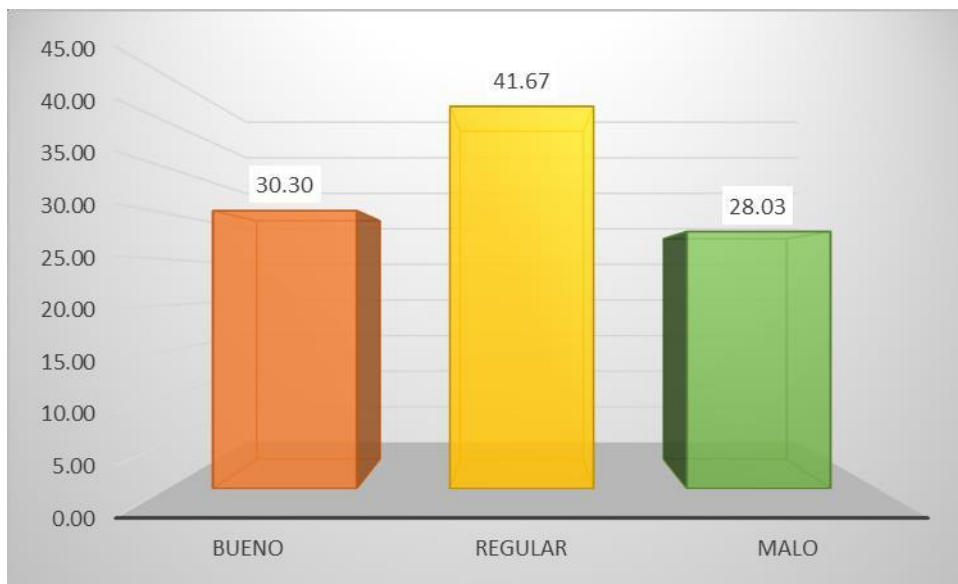
6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 1

Distribución de datos según la variable autocuidado

Niveles	f	%
Bueno	40	30.30
Regular	55	41.67
Malo	37	28.03
Total	132	100.00

Figura 1: Datos según la variable autocuidado



Fuente: Encuesta de elaboración propia

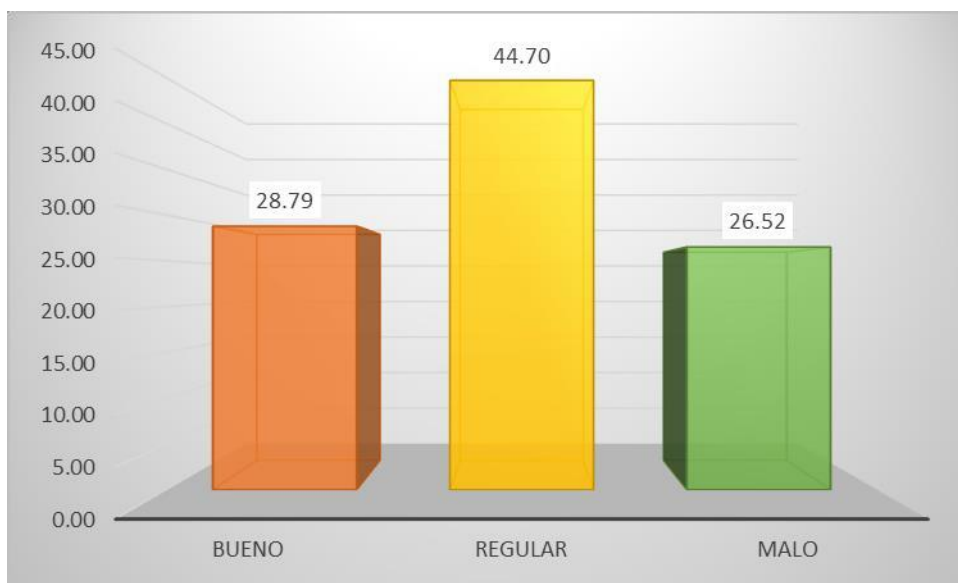
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 30.30% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al autocuidado, el 41.67% presentan un nivel regular y un 28.03% un nivel malo.

Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión alimentación

Niveles	f	%
Bueno	38	28.79
Regular	59	44.70
Malo	35	26.52
Total	132	100.00

Figura 2: Datos según la dimensión alimentación



Fuente: Encuesta de elaboración propia

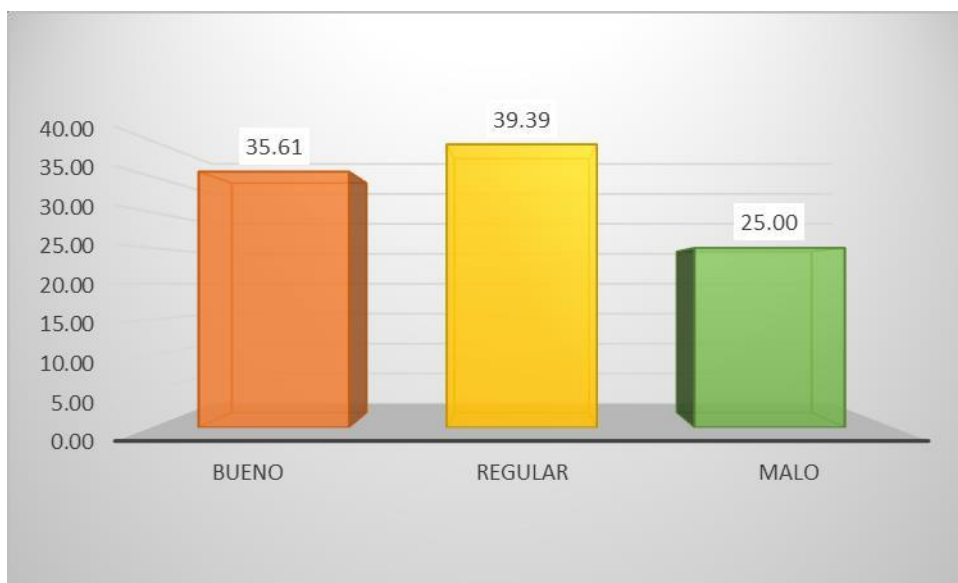
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.79% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto a la alimentación, el 44.70% presentan un nivel regular y un 26.52% un nivel malo.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión cuidado de pies

Niveles	f	%
Bueno	47	35.61
Regular	52	39.39
Malo	33	25.00
Total	132	100.00

Figura 3: Datos según la dimensión cuidado de pies



Fuente: Encuesta de elaboración propia

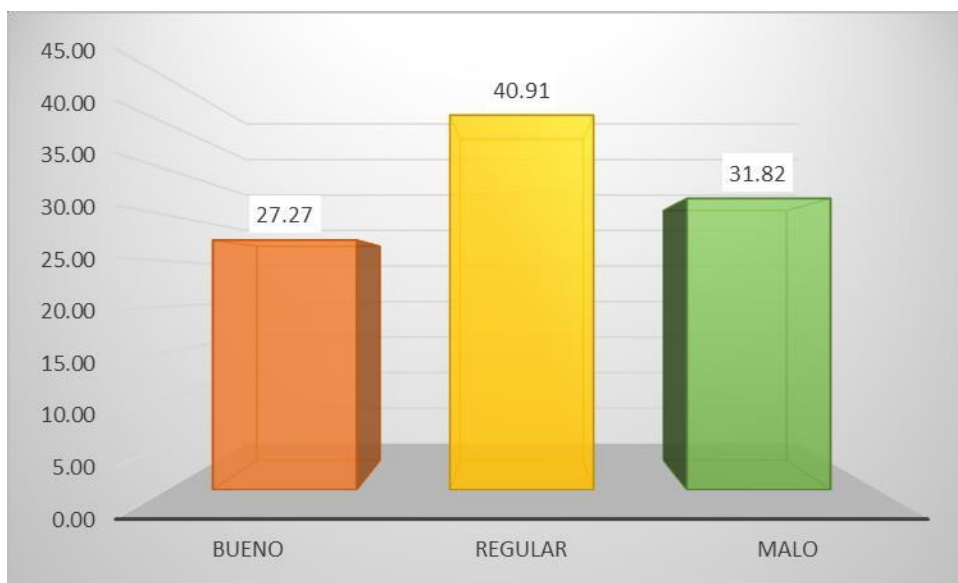
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 35.61% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto a lo cuidados de los pies, el 39.39% presentan un nivel regular y un 25.00% un nivel malo.

Tabla 4

Distribución de datos según la dimensión controles

Niveles	f	%
Bueno	36	27.27
Regular	54	40.91
Malo	42	31.82
Total	132	100.00

Figura 4: Datos según la dimensión controles



Fuente: Encuesta de elaboración propia

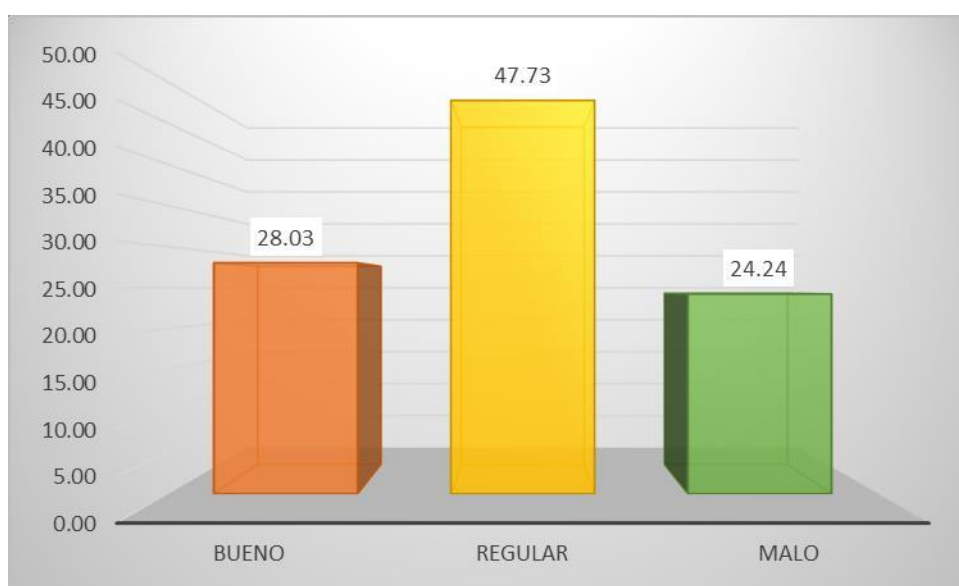
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 27.27% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al cumplimiento de sus controles, el 40.91% presentan un nivel regular y un 31.82% un nivel malo.

Tabla 5

Distribución de datos según la variable calidad de vida

Niveles	f	%
Bueno	37	28.03
Regular	63	47.73
Malo	32	24.24
Total	132	100.00

Figura 5: Datos según la variable calidad de vida



Fuente: Encuesta de elaboración propia

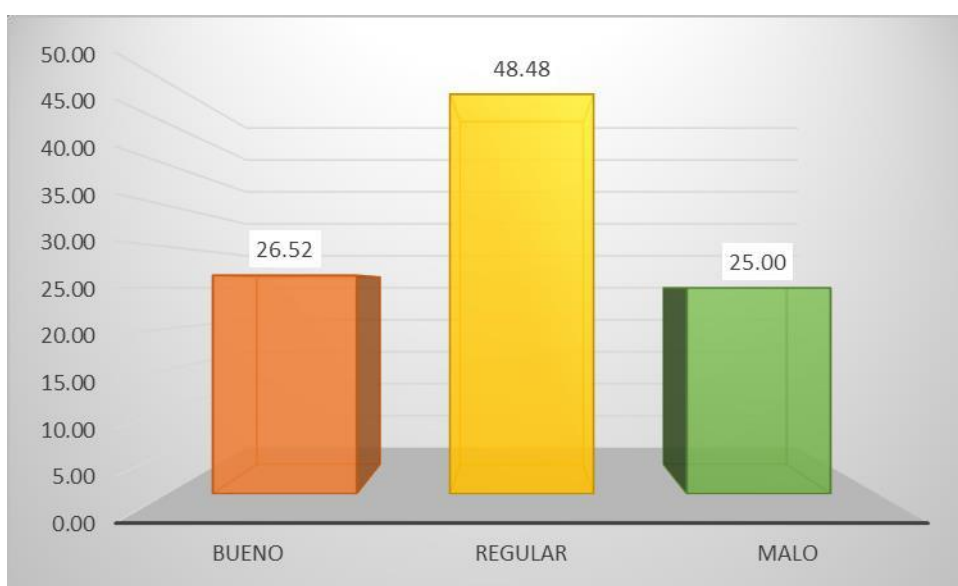
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.03% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto a la calidad de vida que llevan, el 47.73% presentan un nivel regular y un 24.24% un nivel malo

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión bienestar físico

Niveles	f	%
Bueno	35	26.52
Regular	64	48.48
Malo	33	25.00
Total	132	100.00

Figura 6: Datos según la dimensión bienestar físico



Fuente: Encuesta de elaboración propia

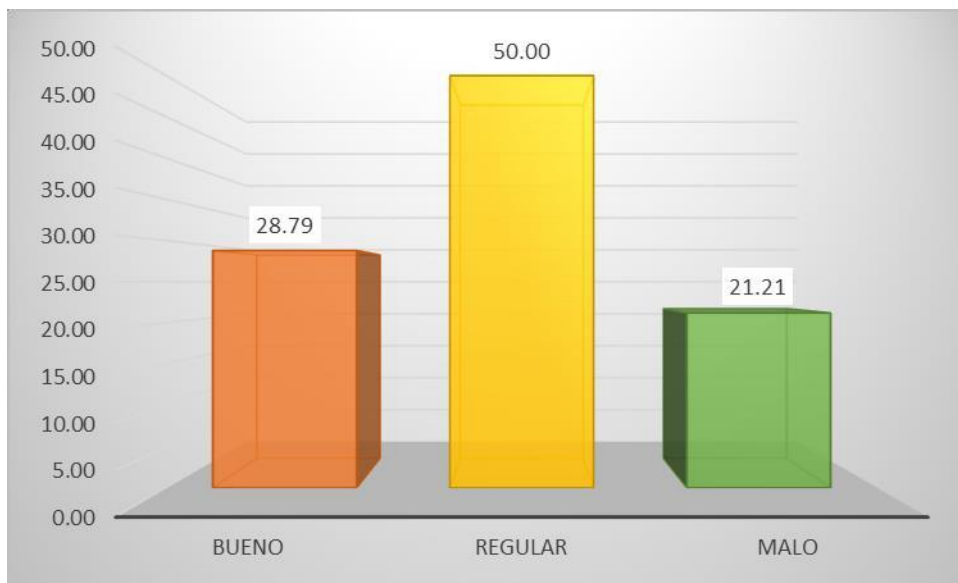
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 26.52% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al bienestar físico, el 48.48% presentan un nivel regular y un 25.00% un nivel malo.

Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión bienestar psicológico

Niveles	f	%
Bueno	38	28.79
Regular	66	50.00
Malo	28	21.21
Total	132	100.00

Figura 7: Datos según la dimensión bienestar psicológico



Fuente: Encuesta de elaboración propia

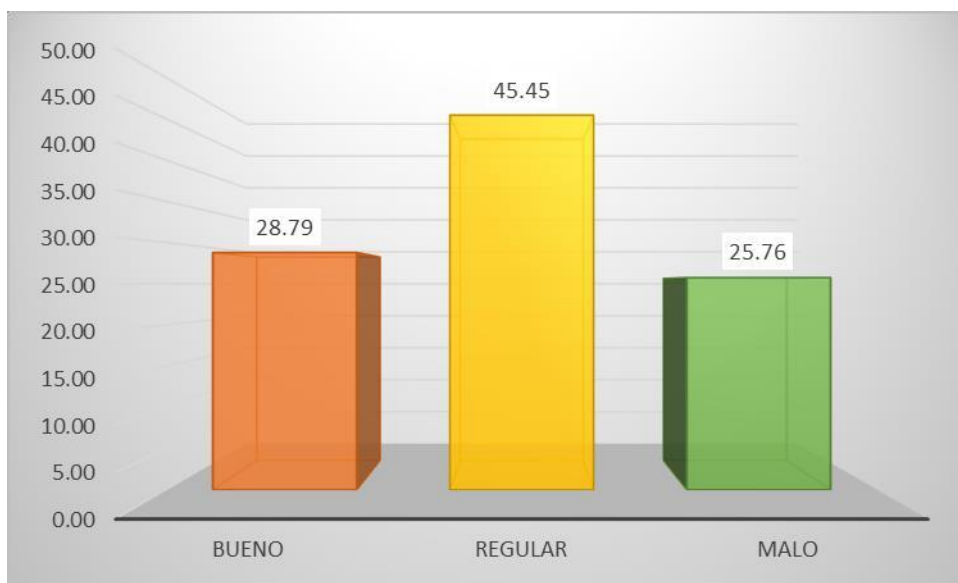
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.79% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al bienestar psicológico, el 50.00% presentan un nivel regular y un 21.21% un nivel malo.

Tabla 8

Distribución de datos según la dimensión bienestar social

Niveles	f	%
Bueno	38	28.79
Regular	60	45.45
Malo	34	25.76
Total	132	100.00

Figura 8: Datos según la dimensión bienestar social



Fuente: Encuesta de elaboración propia

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 28.79% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al bienestar social, el 45.45% presentan un nivel regular y un 25.76% un nivel malo.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis principal

Ha: Existe relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

H0: No existe relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

Tabla 9

Prueba de correlación según Spearman entre el autocuidado y la calidad de vida

			Autocuidado	Calidad de vida
Rho de Spearman	Autocuidado	Coeficiente de correlación	1,000	,721**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	132	132
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,721**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la variable autocuidado está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.721 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

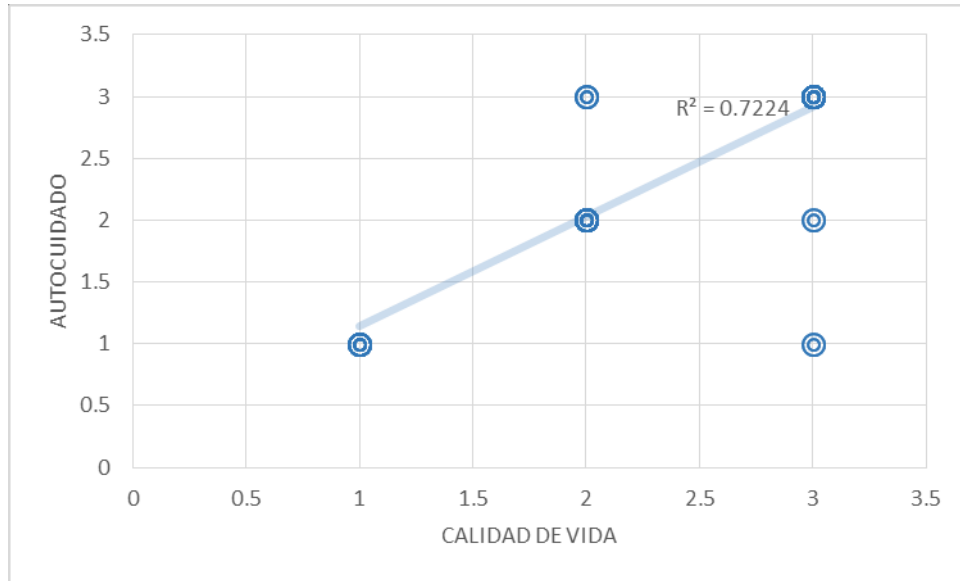


Figura 9: Dispersión de datos de la variable autocuidado y la calidad de vida.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable autocuidado y la calidad de vida, lo cual significa que a medida que la puntuación de la variable autocuidado se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable calidad de vida, de manera proporcional.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

H0: No existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

Tabla 10

Prueba de correlación según Spearman entre la alimentación y la calidad de vida

			Alimentación	Calidad de vida
Rho de Spearman	Alimentación	Coeficiente de correlación	1,000	,691**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	132	132
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,691**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la dimensión alimentación está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.691 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

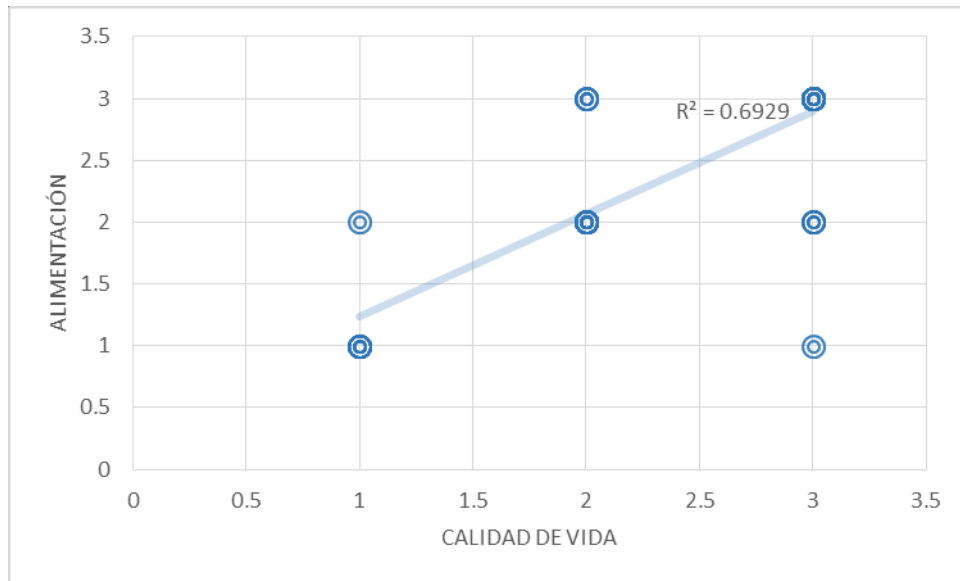


Figura 10: Dispersión de datos de la dimensión alimentación y la calidad de vida.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión alimentación y la calidad de vida, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión alimentación se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable calidad de vida, de manera proporcional.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión cuidado de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

H0: No existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión cuidado de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

Tabla 11

Prueba de correlación según Spearman entre el cuidado de pies y la calidad de vida

			Cuidado de pies	Calidad de vida
Rho de Spearman	Cuidado de pies	Coeficiente de correlación	1,000	,742**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	132	132
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,742**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 11 la dimensión cuidado de pies está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.742 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

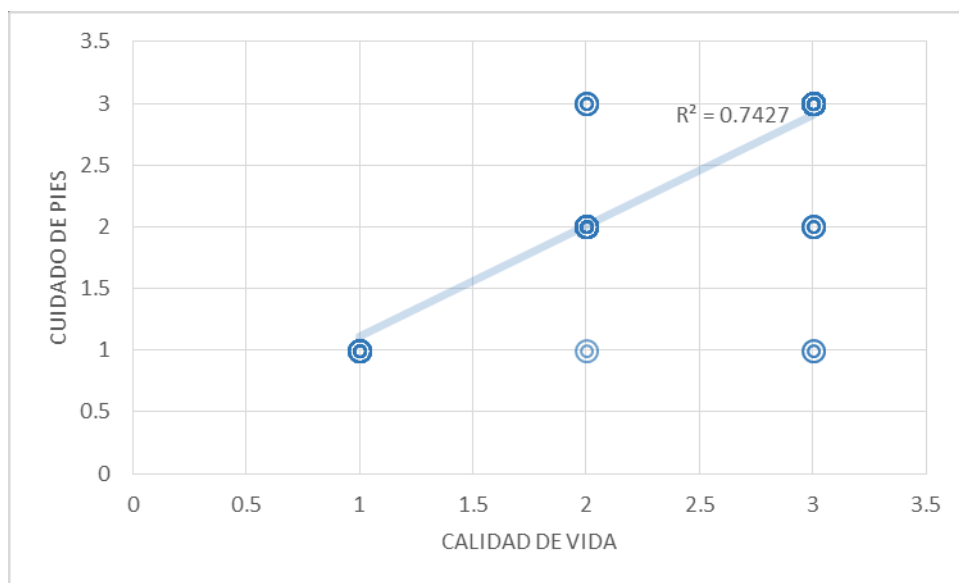


Figura 11: Dispersión de datos de la dimensión cuidado de pies y la calidad de vida.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión cuidado de pies y la calidad de vida, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión cuidado de pies se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable calidad de vida, de manera proporcional.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

H0: No existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.

Tabla 12

Prueba de correlación según Spearman entre los controles y la calidad de vida

			Controles	Calidad de vida
Rho de Spearman	Controles	Coeficiente de correlación	1,000	,548**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	132	132
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,548**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	132	132

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 12 la dimensión controles está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.548 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

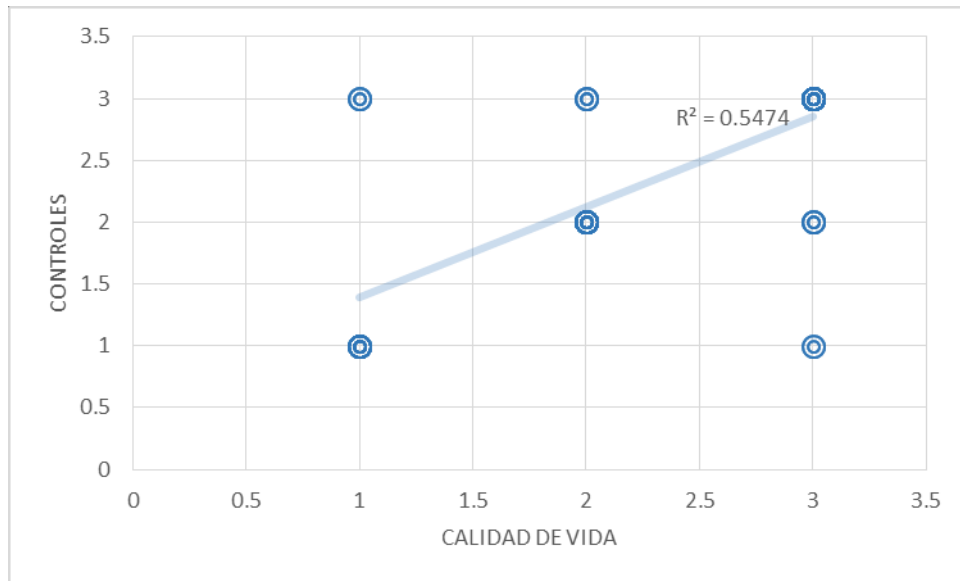


Figura 12: Dispersión de datos de la dimensión controles y la calidad de vida.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión controles y la calidad de vida, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión controles se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable calidad de vida, de manera proporcional.

6.2.- Discusión

A través de los resultados obtenidos el 30.30% de los pacientes presentan un nivel bueno con respecto al autocuidado, el 41.67% presentan un nivel regular y un 28.03% un nivel malo, también se evidencia que el 28.03% presentan un nivel bueno con respecto a la calidad de vida que llevan, el 47.73% presentan un nivel regular y un 24.24% un nivel malo. Y según la correlación de Spearman se obtuvo que la variable autocuidado está relacionada directa y positivamente con la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.721 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Caballero (2016) acerca de los “Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II”. Perú. Donde se realizó el estudio en 132 pacientes de los cuales 55.3% fueron hombres, la mediana de la edad fue de 55.06 años, con una desviación estándar de 13.3. De los participantes, 110 presentaron una baja calidad de vida global, donde el 54.54% son del sexo masculino, de acuerdo a los factores estudiados, se observa que la edad, el sexo y la glicemia del paciente tienen una asociación estadísticamente significativa con respecto al bajo nivel de calidad de vida, donde el factor glicemia se asocia con los 5 dominios de la encuesta planteada. Concluyendo que el nivel de calidad de vida según edad y sexo, se logró identificar que a partir de los 51 años la calidad de vida es menor este grupo de pacientes. De acuerdo a nuestro estudio, se evidencia una menor calidad de vida en los pacientes varones. Teniendo en cuenta los factores biológicos como hemoglobina glicosilada, la cual que en promedio se encuentra entre 5.6 a 6.4 % lo cual represente el 37.1% de los participantes. Con respecto a la glicemia el valor promedio se encuentra entre los 126 a 139 mg/dl. El IMC en nuestro estudio se encontró que 50.7 % de los participantes se encuentra en sobrepeso con un IMC de 25 a 30 kg/m². La edad, y la glucemia se asocian estadísticamente al nivel de calidad, observándose que a mayor edad y nivel de glucosa en sangre, menor es la calidad de vida de estos pacientes. En contraste, la hemoglobina glicosilada no se asocia a una baja o alta calidad de

vida. Se debe tener en cuenta que estos factores se asocian independientemente con las diferentes dimensiones de la encuesta. Sirviendo dicho estudio como base fundamental con respecto a la calidad de vida en pacientes con Diabetes

Así mismo en el estudio realizado por Gamboa (2014) acerca de la “Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una 11 percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Concluyendo que la mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Existiendo una similitud con el presente estudio en la cual presente un nivel regular con respecto a la calidad de vida que llevan los pacientes con Diabetes.

Por otro lado en el estudio realizado por Arias y Ramírez (2013) acerca del “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac”. De los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según

dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico. Concluyendo que se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico, sirviendo dicho aporte como base fundamental para la tesis.

6.3.- Conclusiones

Primera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la variable autocuidado y la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.721, teniendo un resultado moderado.

Segunda: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión alimentación y la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.691, teniendo un resultado moderado.

Tercera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión cuidado de pies y la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.742, teniendo un resultado moderado.

Cuarta: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión controles de salud y la variable calidad de vida, según la correlación de Spearman de 0.548, teniendo un resultado moderado.

6.4.- Recomendaciones

Primera: A la licenciada del departamento de enfermería se le recomienda promover la participación del paciente diabético y su familia, de tal manera se permita fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual/familiar.

Segunda: A los jefes de consulta externa se les sugiere realizar estudios acerca de la adherencia al tratamiento, para poder ampliar y tomar las medidas promotoras de esta, y que las enfermedades crónicas están incrementándose, teniendo como claro ejemplo la prevalencia de la diabetes mellitus en nuestro país.

Tercera.- Continuar realizando investigaciones orientadas a la identificación de las causas de la ausencia o déficit de la Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo II y de pacientes en general, con la finalidad de solucionar esos problemas y mejorar el cuidado que se brinda en la institución de salud, Fomentar acciones que contribuyan en la mejora de salud de la población adulta diabética y por ende del individuo en general, mediante el incremento de información y la promoción de estilos de vida saludable en la población en general.

Cuarta.- recomendar estudios relacionados con la finalidad de crear programas de intervención para pacientes con diabetes mellitus, y que estos posteriormente puedan ser ampliados para distintos ámbitos clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu R. (1991) *Estrategia y aprendizaje*. Colombia: Editorial McGraw-hil.
- Araya, A. (2012). *Cartillas educativas calidad de vida en la vejez. Autocuidado de la Salud*. Recuperado de http://adulthoodmayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf.
- Arias, M. y Ramírez, S. (2013). *Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac*. Perú.
- Arostegui, I. (1998) *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Auca, O. y Carabajo, L. (2013). *Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N°. 1. Pumapungo, Cuenca – Ecuador 2013*. Ecuador.
- Bernal, C. (2007). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación.
- Caballero, B. (2016). *Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II*. Perú.
- Colliere, M. (1993). *Promover la Vida*. Editorial McGraw Hill. España.
- Fenco, M. (2010). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2010*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Galván, M. (2014). *¿Qué es calidad de vida?* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Gamboa, C. (2014). *Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo 2 sobre su calidad de vida en el programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo*. Perú.
- González, J. (2000). *Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. 6ª ed., México: Costa - Amic.

- Haya, K. y Paima, K. (2012). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital EsSalud - II Tarapoto. Junio – Agosto 2012.* Perú.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación. Sexta edición.* México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Lawton, M. (2001). *Quality of life in chronic illness. Gerontology, 45,* 181-183.
- León, C. (2006). *Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer, 22(4).*
- Mariscal, M. (2006). *Autocuidados y Salud en mujeres afectadas de cáncer de mama.*
- Merchán, M. (2014). *Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2.* España.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona: Masson.
- Orizaga (2013). *Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asociada a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención de Querétaro.* México.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Endocrinología nefrología cardiología.* Ginebra: OMS.
- Portilla, L. (2011). *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento.* Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Prado, L.; González, M.; Paz, N. y Romero, K. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845.* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es
- Salazar, J.; Gutiérrez, A.; Aranda, C.; González, R. y Pando, M. (2012). *La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en Centros de Salud de Guadalajara, Jalisco (México).* Salud Uninorte.

- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Sender, M.; Vernet, M.; Larrosa, P.; Tor, E. y Foz, M. (2002). *Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus*. *Aten Primaria*, 29 (8), 474-480.
- Tobón, O. (2003). *El autocuidado una habilidad para vivir*. *Hacia Promoc. Salud*, (8), 37-49.
- Urzúa, A. (2008). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas*. Chile.

ANEXOS

Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO – 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión cuidados de pies y la calidad de vida de los pacientes</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión cuidados de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre el autocuidado en su</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Autocuidado</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Alimentación</p> <p>Cuidados de los pies</p> <p>Controles</p> <p>Físico</p> <p>Psicológico</p> <p>Social</p>	<p>Horario Alimento que consume Cantidad de alimentos</p> <p>Observación Por especialistas Corte de uña Higiene Calzado</p> <p>Médicos De enfermería Otros profesionales</p> <p>Realiza ejercicios periódicos Actividad diaria Comorbilidad Estado físico</p> <p>Preocupaciones</p> <p>Presiones a diario</p> <p>Vergüenza</p> <p>Sueño</p>	<p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Descriptivo.</p> <p>DISEÑO correlacional.</p> <p>TIPO Cuantitativa</p> <p>NIVEL Descriptivo</p> <p>POBLACIÓN Estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco I semestre 2017</p> <p>N=200</p> <p>MUESTRA Y MUESTREO El estudio se realizó con una muestra de 132 pacientes</p>

<p>con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017?</p>	<p>tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p>	<p>dimensión cuidado de pies y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre el autocuidado en su dimensión controles y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2017.</p>			<p>Aislamiento Stress Soporte familiar Interés sexual</p>	<p>diabéticos que asisten al programa diabetes del Hospital San Juan de Dios de Pisco I semestre ,</p> <p>El muestreo fue probabilístico aleatoria simple.</p> <p>INSTRUMENTOS .- Cuestionario de Autocuidado. .- Cuestionario de Calidad de Vida.</p>
---	--	--	--	--	---	--

ANEXO 2



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Solicita: Autorización para realizar investigación científica

SEÑOR Dr Miguel Angel Salas Vincos

DIRECTOR DEL HOSPITAL San Juan de Dios de Pisco

Yo, Karim Emiliana Loayza Guerrero, identificada con DNI N° 73998382, con domicilio AA.HH Carlos Tizón Pacheco Mz Q Lot 13 del distrito San Andrés.

Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional en la facultad de Enfermería de la Universidad INCA GARCILASO DE LA VEGA, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre **"AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO2, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2017"** para optar el grado de Licenciado en Enfermería.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 16 del 11 2017

Karim Loayza Guerrero

Nombres y apellidos

DNI N° 73998382

E-mail: carim.loayza.05@gmail.com

Telf.: 056-533361

Aceptado



Anexo 03: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO (Elaborado y validado por Merchán, 2014)

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.EDAD						
2. SEXO	<input type="checkbox"/>	Mujer				
	<input type="checkbox"/>	Hombre				
3.LUGAR DE RESIDENCIA	<input type="checkbox"/>	Rural				
	<input type="checkbox"/>	Urbano				
4. ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Otros
	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	
5. NIVEL DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	Sin estudios				
	<input type="checkbox"/>	Estudios primarios				
	<input type="checkbox"/>	Estudios medios (FP, administrativo,..)				
	<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios				
6. CON QUIÉN CONVIVE	<input type="checkbox"/>	Vive solo	<input type="checkbox"/>	Hijos		
	<input type="checkbox"/>	Con su pareja	<input type="checkbox"/>	Residencia		
	<input type="checkbox"/>	Con pareja e hijos	<input type="checkbox"/>	Otros		
7. PROFESIÓN	<input type="checkbox"/>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Construcción	<input type="checkbox"/>	Profesión liberal
	<input type="checkbox"/>	Sector servicios	<input type="checkbox"/>	Sector agrario	<input type="checkbox"/>	
8. SITUACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/>	Jubilado por edad	<input type="checkbox"/>	Jubilado por enfermedad		
	<input type="checkbox"/>	Activo	<input type="checkbox"/>	En paro		

DATOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA DIABETES

9. DURACIÓN DE LA DIABETES	<input type="checkbox"/>	Entre 1-10 años	
	<input type="checkbox"/>	>10 – 20 años	
	<input type="checkbox"/>	> 20 años	
10. TRATAMIENTO DE LA DIABETES	<input type="checkbox"/>	Insulina	
	<input type="checkbox"/>	Insulina y antidiabéticos orales	
	<input type="checkbox"/>	Dieta e insulina	
	<input type="checkbox"/>	Antidiabéticos orales	
	<input type="checkbox"/>	Dieta y antidiabéticos orales	
<input type="checkbox"/>	Sólo dieta		
11. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES	<input type="checkbox"/>	Sí	
	<input type="checkbox"/>	No	
12. COMPLICACIONES DE LA DIABETES	<input type="checkbox"/>	No	
	<input type="checkbox"/>	Sí	Corazón
	<input type="checkbox"/>		Riñón
	<input type="checkbox"/>		Ojos
	<input type="checkbox"/>		Circulación
	<input type="checkbox"/>		Pies
<input type="checkbox"/>		Otros	

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

ALIMENTACIÓN	S	CS	AV	CN	N
1. Consume alimentos de forma regular 5-6 veces al día (De-Co-Ce- a media mañana, a media tarde y antes de acostarse)					
2. Sigue usted diariamente un horario regular de comidas (desayuna, come, cena, merienda,..... aproximadamente a las mismas horas					
3. Come cuando tiene hambre sin tener un control estricto de las horas					
4. Cuando come tiene en cuenta tanto la cantidad como el contenido de los alimentos					
5. Come aproximadamente la misma cantidad de comida todos los días					
6. Suele saltarse alguna comida al día, bien sea el desayuno, la comida, la merienda, la cena, etc					
7. Evita o procura no incluir en su alimentación los alimentos que tiene desaconsejados o prohibidos (como azúcares, refrescos, pasteles, gelatinas...)					
8. Come semanalmente más veces pescado que carne					
9. Consume diariamente fruta, verduras, cereales y leche o yogures desnatados					
10. Come menos cantidad de comida de lo que le apetecería por culpa de su diabetes					
11. Se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo					

AUTOCUIDADO DE LOS PIES	S	CS	AV	CN	N
1. Se observa usted la planta de los pies diariamente					
2. Utiliza un espejo para observárselos					
3. Cuida sus pies como le tienen recomendado (se los lava todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar)					
4. Evita andar descalzo por la casa, la playa,...					
5. Visita al podólogo con regularidad					
6. No se corta las uñas, se las lima					
7. Si se corta las uñas lo hace de forma recta					
8. Cuando le aparece un callo, herida o lesión en los pies, consulta al profesional sanitario (enfermero, médico, podólogo,..).					

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

ASISTENCIA A LAS CONSULTAS PARA SU CONTROL

	S	C S	AV	C N	N
1.Asiste a la consulta de la enfermera cuando tiene programados los controles de su diabetes					
1. Asiste a la consulta de la enfermera cuando tiene programados los controles de su diabetes					
2.Asiste a la consulta del médico cuando tiene los controles de su diabetes					
3.Asiste a la consulta de otros profesionales (endocrino, oftalmólogo, podólogo, dentista,.) para controlar su diabetes					
4.Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes					
5.Cuando le surge alguna duda sobre los cuidados o se le presenta algún problema con su diabetes consulta con los profesionales sanitarios					

(S: siempre CS: casi siempre AV: a veces CN: casi nunca N: nunca)

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS RESPUESTAS.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

CUESTIONARIO DIABETES 39
(Adaptado y validado por Molina, 2008)

Instrucciones: Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la Diabetes le viene ocasionando a usted en su vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando con un aspa (x) el casillero que refleje mejor su grado de afectación según cada pregunta. Si tuviera alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

DURANTE EL ÚLTIMO MES ¿EN QUÉ MEDIDA SE VE AFECTADA SU CALIDAD DE VIDA POR LAS SIGUIENTES CAUSAS?

Dimensión: Bienestar físico

	No me afecta	Me afecta poco	Me afecta mucho
1.El horario para tomar los medicamentos para la diabetes.			
2.Limitación en mi nivel de energía (fuerzas).			
3.Seguir con mi tratamiento indicado para la diabetes.			
4.Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón, colesterol alto, otros).			
5.Sensación de debilidad.			
6.Restricciones sobre la distancia que puedo caminar.			
7.Los ejercicios diarios que debo hacer por la diabetes.			
8.El aumento de azúcar en mi sangre.			
9.La interferencia de la diabetes en mi Vida sexual.			
10.Problemas con respecto a mi Capacidad sexual.			
11. Menor interés en mi vida sexual.			
12.Dificultades para mis cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario).			
13. Problemas al subir las escaleras.			
14. Andar más despacio que otras personas.			

Dimensión: Bienestar Psicológico

	No me afecta	Me afecta poco	Me afecta mucho
15.Preocupaciones por problemas económicos.			
16.Estar preocupado (a) por mi futuro.			
17.Tensiones o presiones de la vida.			
18.Visión borrosa o pérdida de visión.			
19.Tener diabetes en general como enfermedad.			
20.Tener otras enfermedades aparte de la diabetes.			
21.Sentirme triste o deprimido (a) por tener diabetes.			
22.Complicaciones debidas a la diabetes (ceguera, amputación de piernas, nefropatías, entre otros).			
23.Tener el sueño intranquilo.			
24.La vergüenza producida por tener diabetes.			

Dimensión: Bienestar social

	No me afecta	Me afecta poco	Me afecta mucho
25.Hacer cosas que mi familia y amigos no hacen.			
26.Tener que organizar mi vida cotidiana alrededor de la diabetes.			
27.Interferencia de la diabetes con mi vida familiar.			
28.Problemas con respecto a mi desempeño en mi trabajo.			
29.Estar impedido de hacer lo que quiera, por la diabetes.			
30.Las restricciones que mi diabetes le impone a mi familia y amigos.			
31.Ser identificado (a) como diabético (a).			

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS RESPUESTAS.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

ANEXO 03: Base de datos de la variable autocuidado

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25
1	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3
3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2
4	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3
5	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
6	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2
7	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2
8	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	1	2	1
9	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3
10	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1
11	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
12	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2
13	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2
14	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1
15	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2
16	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2
17	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2
18	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3
19	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
20	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2

21	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2
22	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
23	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
24	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2
25	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2
26	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1
27	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3
28	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2
29	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3
30	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2
31	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	3
32	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	1	3
33	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3
34	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3
35	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2
36	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2
37	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3
38	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
39	1	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3
40	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3
41	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
42	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2
43	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3
44	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	3
45	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3

46	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2
47	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3
48	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2
49	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3
50	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3
51	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3
52	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3
53	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	2	3	2	2
54	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3
55	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
56	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2
57	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2
58	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
59	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3
60	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3
61	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2
62	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	3	2
63	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3
64	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	3
65	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3
66	1	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
67	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3
68	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	2
69	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
70	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	1	3

71	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3
72	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3
73	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	
74	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2
75	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3
76	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2
77	1	2	1	2	3	2	3	3	3	2	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2
78	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
79	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
80	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
81	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	2	2	3
82	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	3	1	3
83	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3
84	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
85	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3
86	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2
87	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3
88	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3
89	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2	3	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3
90	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3
91	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
92	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
93	3	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	3	2	3
94	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2
95	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2

96	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2
97	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3
98	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
99	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
100	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2
101	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3
102	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	2	1	3
103	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3
104	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2
105	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3
106	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	2	3	2	2
107	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3
108	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	1	3
109	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3
110	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3
111	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2
112	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2
113	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3
114	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
115	1	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3
116	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3
117	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2
118	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2
119	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3
120	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3

121	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
122	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2
123	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3
124	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
125	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
126	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
127	3	3	1	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	3
128	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3	3	1	3	3
129	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3
130	3	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2
131	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3
132	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2

Base de datos de la variable calidad de vida

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25	Item26	Item27	Item28	Item29	Item30	Item31	
1	1	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	
2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3
3	3	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	
4	2	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	1	3	3	
5	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	
6	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	
7	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	
8	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3	3	2	2	3	2	3	3	1	2	1	1	2	1	2	3	3	1	2	1	
9	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	1	2	3	2	2	3	2	2	3	1	2	3	2	2	3	
10	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	2	2	2	3	2	1	
11	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	
12	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	
13	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	
14	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	1	
15	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	
16	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	
17	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	
18	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	
19	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	
20	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2

21	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	
22	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	
23	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	
24	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	
25	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	
26	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	3	3	3	3	2	1	
27	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	
28	1	3	3	2	2	3	1	3	3	1	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2	3	3	2	3	1	2	
29	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	3	2	1	3	2	3	
30	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	
31	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	3	3	2	1	2	2	3	
32	3	3	3	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3	
33	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	
34	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	
35	1	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	1	3	2	2	
36	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	
37	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	
38	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
39	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	3	1	2	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
40	2	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	
41	3	2	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
42	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	
43	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	
44	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	3	3	3	3	2	1	3
45	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	

46	3	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2
47	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3
48	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	
49	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
50	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3
51	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3
52	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3
53	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	1	3	2	2
54	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3
55	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
56	3	3	3	2	1	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
57	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2
58	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2
59	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3
60	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3
61	3	1	1	3	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2
62	3	2	2	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	3	2	3	3	2	1	3	2
63	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
64	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	1	2	3
65	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3
66	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2
67	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3
68	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	2	3	3	3	1	3	2
69	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
70	3	3	3	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3

71	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	
72	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	
73	1	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	3	1	3	2	2	
74	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	
75	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	
76	3	3	3	2	3	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	
77	1	2	2	1	3	2	1	2	3	2	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2
78	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
79	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
80	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	
81	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	2	2	3	1	3	3	2	2	3	
82	2	3	3	2	3	2	2	3	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3	
83	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3		
84	3	2	2	3	2	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	
85	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3
86	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	
87	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	
88	3	2	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	3	1	3	
89	3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	
90	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	
91	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2
92	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	
93	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	3	
94	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	
95	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	

96	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	
97	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	
98	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3		
99	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
100	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	
101	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	2	3	2	3	
102	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	2	1	3	3	3	3	2	2	1	3	2	3	
103	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3		
104	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2	
105	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	
106	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	2	
107	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	
108	2	3	3	2	3	2	2	3	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	1	3	2	1	3	
109	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	
110	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	
111	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	
112	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	
113	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
114	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
115	1	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	1	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3
116	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	
117	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2
118	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	
119	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
120	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3

121	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3		
122	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	
123	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	
124	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	
125	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
126	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	
127	3	3	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3
128	2	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3	3	1	3	3	3	2	2	1	3	3
129	2	2	2	3	1	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	
130	3	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	3	3	1	2	2
131	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3
132	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2

ANEXO 04: Confiabilidad de los instrumentos

Variable 1: Autocuidado

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	132	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	132	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,895	25

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,70	62,461	,596	,896
ITEM02	66,67	62,075	,675	,897
ITEM03	66,77	60,478	,603	,892
ITEM04	66,17	56,809	,494	,894
ITEM05	66,73	61,620	,564	,836
ITEM06	66,87	64,999	,459	,839
ITEM07	66,97	61,551	,592	,806
ITEM08	66,17	62,461	,556	,887
ITEM09	66,73	62,075	,504	,899
ITEM10	66,73	61,620	,564	,844
ITEM11	66,70	62,461	,596	,836
ITEM12	66,67	62,075	,675	,909
ITEM13	66,77	60,478	,603	,874
ITEM14	66,17	56,809	,494	,849
ITEM15	66,73	61,620	,564	,827
ITEM16	66,87	64,999	,459	,832
ITEM17	66,97	61,551	,592	,806
ITEM18	66,17	62,461	,556	,887
ITEM19	66,73	62,075	,504	,899
ITEM20	66,73	61,620	,564	,844
ITEM21	66,70	62,461	,596	,836
ITEM22	66,67	62,075	,675	,889
ITEM23	66,77	60,478	,603	,874
ITEM24	66,17	56,809	,494	,849
ITEM25	66,73	61,620	,564	,827

Variable 2: Calidad de vida

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	132	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	132	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,890	31

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

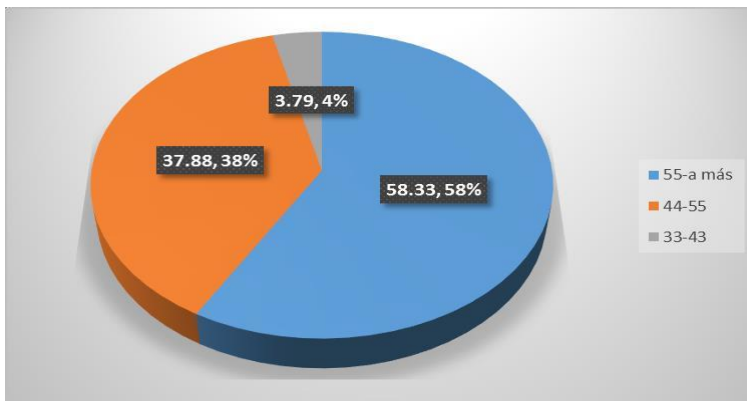
Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	68,53	49,533	,594	,892
ITEM02	68,13	49,533	,550	,897
ITEM03	68,07	49,340	,674	,895
ITEM04	68,27	49,202	,502	,785
ITEM05	68,70	48,217	,523	,798
ITEM06	68,47	49,568	,554	,896
ITEM07	68,83	49,661	,622	,785
ITEM08	68,53	49,533	,494	,798
ITEM09	68,13	49,533	,550	,896
ITEM10	68,07	49,340	,674	,780
ITEM11	68,53	49,533	,594	,898
ITEM12	68,13	49,533	,550	,897
ITEM13	68,07	49,340	,674	,895
ITEM14	68,27	49,202	,502	,885
ITEM15	68,70	48,217	,523	,898
ITEM16	68,47	49,568	,554	,896
ITEM17	68,83	49,661	,622	,785
ITEM18	68,53	49,533	,494	,798
ITEM19	68,13	49,533	,550	,896
ITEM20	68,07	49,340	,674	,780
ITEM21	68,53	49,533	,594	,898
ITEM22	68,13	49,533	,550	,897
ITEM23	68,07	49,340	,674	,895
ITEM24	68,27	49,202	,502	,785
ITEM25	68,70	48,217	,523	,798
ITEM26	68,47	49,568	,554	,896
ITEM27	68,83	49,661	,622	,785
ITEM28	68,53	49,533	,494	,798
ITEM29	68,13	49,533	,550	,896
ITEM30	68,07	49,340	,674	,780
ITEM31	68,53	49,533	,594	,898

ANEXO 05: Datos sociodemográficos del cuestionario

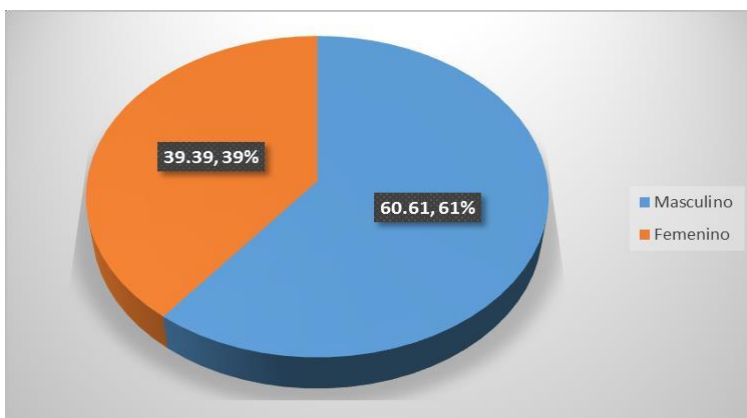
1. Edad del paciente

Edad	f	%
55-a más	77	58.33
44-55	50	37.88
33-43	5	3.79
Total	132	100.00



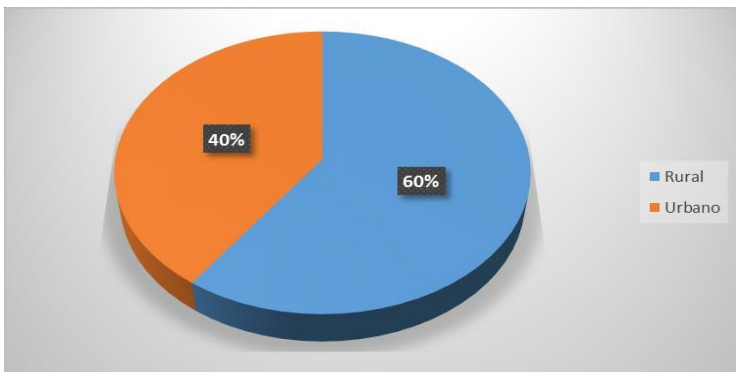
2. Sexo del paciente

Sexo	f	%
Masculino	80	60.61
Femenino	52	39.39
Total	132	100.00



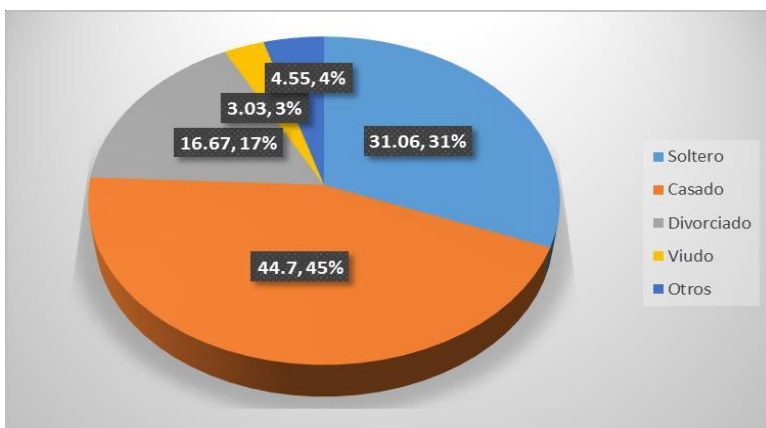
3. Lugar de residencia

Lugar de residencia	f	%
Rural	79	59.85
Urbano	53	40.15
Total	132	100.00



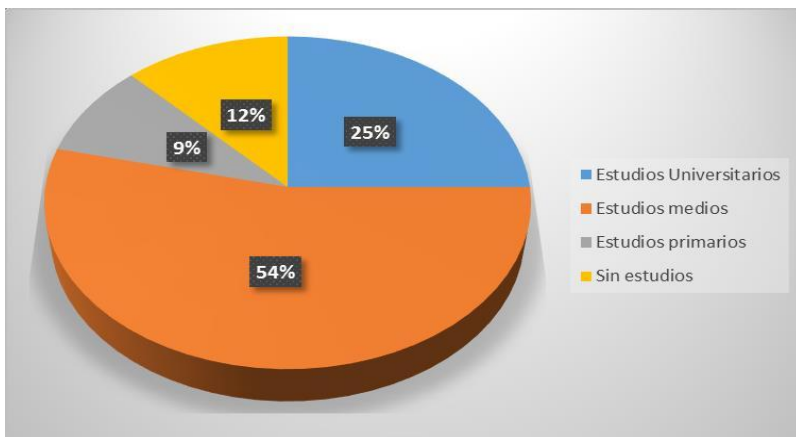
4. Estado civil

Estado civil	f	%
Soltero	41	31.06
Casado	59	44.70
Divorciado	22	16.67
Viudo	4	3.03
Otros	6	4.55
Total	132	100.00



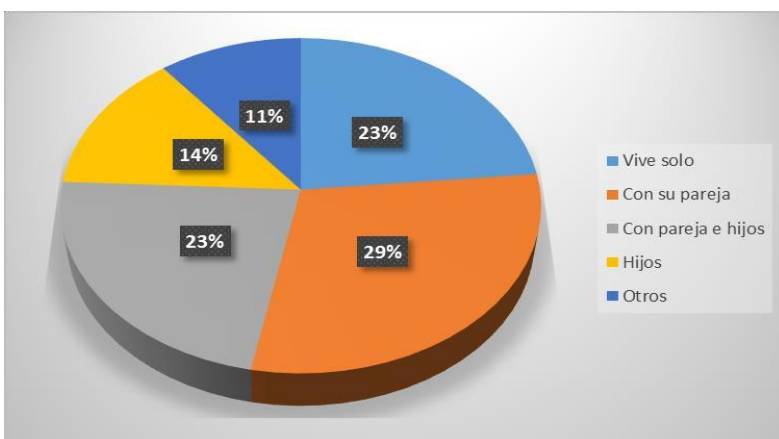
5. Nivel de estudios

Nivel de estudios	f	%
Estudios Universitarios	33	25.00
Estudios medios	71	53.79
Estudios primarios	12	9.09
Sin estudios	16	12.12
Total	132	100.00



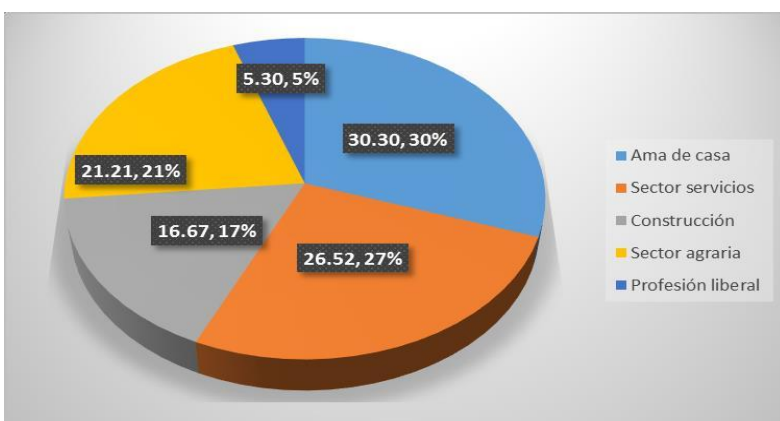
6. Con quién convive

Con quien convive	f	%
Vive solo	31	23.48
Con su pareja	39	29.55
Con pareja e hijos	30	22.73
Hijos	18	13.64
Otros	14	10.61
Total	132	100.00



7. Profesión

Profesión	f	%
Ama de casa	40	30.30
Sector servicios	35	26.52
Construcción	22	16.67
Sector agraria	28	21.21
Profesión liberal	7	5.30
Total	132	100.00



8. Situación laboral

Situación laboral	f	%
Jubilado por edad	35	26.52
Jubilado por enfermedad	21	15.91
Activo	65	49.24
En paro	11	8.33
Total	132	100.00

