



Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Pomalca.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en gestión de los servicios de salud

AUTORES

Br. Carbajal Mirabal, Walter Ernesto

Br. Pajuelo López, Lucy Jane

ASESOR

Dra. María Elena Cotrina Cabrera

SECCION

Ciencias médicas

LINEA DE INVESTIGACION

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en la salud

PERÚ -2018

PAGINA DEL JURADO

Dra. Graciela Victoria Panta Merino
Presidente

Dra. María del Pilar Bustamante de Ordinola
Secretario

Dra. María Elena Cotrina Cabrera
Vocal

DEDICATORIA

A mis amadísimos Padres y hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mi amado esposo Roberto Chavesta, por; brindarme su comprensión, cariño y amor.

A mis hijas Luisa María Y Luisa Aurora por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarnos

Cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor

JANE

DEDICATORIA

A mi madre y mi padre dedico este trabajo de investigación que, con su ayuda moral, económica, hicieron de mí una gran persona en bien de la sociedad.

WALTER

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la adquisición de los conocimientos y ser una persona que goza de buena salud, sin él no podría tener logros en este constante trajinar.

De igual manera un agradecimiento profundo a los pacientes que formaron parte de nuestra investigación, por su generosidad y paciencia que respondieron a las entrevistas y encuestas con la intención de favorecer a futuros pacientes.

A nuestra asesora Dra. María Elena Cotrina por su paciencia y amistad brindada durante el desarrollo de este proyecto, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa del mismo.

AUTORES

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Walter Ernesto Carbajal Mirabal, con DNI N° 42153829, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 31 de Julio del 2018

Walter Ernesto Carbajal Mirabal

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Lucy Jane Pajuelo López, con DNI N° 32958934, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 31 de Julio del 2018

Lucy Jane Pajuelo López

PRESENTACION

Señores miembros del jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada, entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Pomalca con la finalidad de Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Pomalca; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gerencia de los servicios de salud.

La tesis fue de la siguiente manera; iniciando la introducción como capítulo I, en la cual se aborda la realidad problemática, los trabajos, previos, las teorías relacionadas a la investigación, así como la formulación del problema, justificación del estudio sus objetivos e hipótesis.

En el capítulo II se trabajó, el método de la investigación donde se aborda el tipo y diseño de la investigación, las variables, operacionalización de variables, la población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los métodos de análisis de datos y aspectos éticos

En el tercer capítulo se aborda los resultados obtenidos a partir del procesamiento de la estadística descriptiva, el capítulo IV discusión de resultados y en el capítulo V las conclusiones

Finalmente, en el capítulo VI se presentan las recomendaciones.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

AUTORES

INDICE

PAGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACION	viii
INDICE	ix
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPITULO I	14
I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Realidad problemática	18
1.1 Trabajos Previos	20
1.2.1. Internacionales.....	20
1.2.2. Nacional	22
1.2.3. Local.....	25
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	26
1.3.1. La adherencia al tratamiento.....	26
1.3.2. Calidad de Vida	32
1.3.3 Diabetes Mellitus (DM).....	37
1.4 Formulación del Problema	51
1.5 Justificación del estudio	51
1.6 Hipótesis.....	52
1.7 Objetivos	52
CAPITULO II	54
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
2.1 Tipo de la Investigación	55
2.2 Diseño de la Investigación.....	55
2.3 Variables y Operacionales	56
2.3.1 Variables	56
2.3.2. Operacionalización de variables	56
2.4 Población y Muestra	59
2.4.1 Población.....	59
2.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	59
2.5.1. Técnicas de recolección de datos.....	59

2.5.2 Instrumentos de recolección de datos	60
2.5.3 validez y confiabilidad.....	62
2.6. Métodos de Análisis	62
2.6.1 Análisis estadístico e interpretación de los datos	63
2.7. Aspectos éticos	64
CAPITULO III.....	65
III.RESULTADOS	66
IV. DISCUSION	79
V. CONCLUSIONES	84
VI. RECOMENDACIONES	85
VII. BIBLIOGRAFIA	86
ANEXOS.....	89
ANEXO 1: CUESTIONARIO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	90
ANEXO 1: CUESTIONARIO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	90
ANEXO 2: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	93
ANEXO 3: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS	97
ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	100
ANEXO 7. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	101
ANEXO 8. ACTA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS	102

LISTA DE TABLAS

TABLA:

TABLA 1 Adherencia al tratamiento en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

TABLA 2 Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca 2018.

TABLA 3 Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

TABLA 4 Adherencia al tratamiento según la dimensión Relación personal de salud-paciente de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 5 Adherencia al tratamiento según la dimensión en educación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 6 Calidad de vida en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

TABLA 7 Calidad de vida según la dimensión bienestar físico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 8 Calidad de vida según la dimensión bienestar Psicológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 9 Calidad de vida según la dimensión bienestar social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 10 Resultados de correlación de las dimensiones de la adherencia al tratamiento con las dimensiones de la calidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

TABLA 11 Resultados de emparejamiento de adherencia al tratamiento la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

RESUMEN

En el Perú, según (Ministerio de Salud [MINSAL], 2016) la Diabetes mellitus es actualmente la séptima causa de mortalidad, se registran un millón de peruanos mayores de 25 años que padece la enfermedad y el 2% del total de muertes en todas las edades es causado por la diabetes.

El presente estudio titulado: “Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Pomalca, se realizó con el propósito de proporcionar información actualizada sobre la relación entre la adherencia al tratamiento que tienen los pacientes, e identificar de qué manera interviene en su calidad de vida; de ésta forma orientar las intervenciones que mejoren la situación haciendo énfasis en el nivel de prevención primarios.

El objetivo general del estudio fue: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Pomalca; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante expresión verbal del consentimiento informado, el instrumento de recolección de datos fueron de dos cuestionario el primero que permite identificar la adherencia del tratamiento en los paciente diabético y el segundo que permite identificar la calidad de vida en los paciente con diabetes mellitus tipo 2; la técnica aplicada fue la entrevista. Los resultados mostraron regular adherencia al tratamiento en un 76% (19) con una regular calidad de vida representado por el 92% (23). Según la correlación de $P=0,1362$ se encontró que la adherencia al tratamiento presenta una relación directa muy débil con la calidad de vida. En conclusión; la mayoría los pacientes mostraron tener una regular adherencia tratamiento el más afectado fue el tratamiento no farmacológico continuado por una deficiente educación; en cuanto a la calidad de vida, influida por la dimensión del bienestar físico, seguida por las dimensiones psicología y social. Esto nos indica en medida que el adulto asuma con mejor adherencia al tratamiento tendrá una mejor calidad de vida.

Palabras Claves:

Adherencia al Tratamiento, Calidad de vida, Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

In Peru, according to the Ministry of Health Diabetes mellitus is currently the seventh cause of mortality, there are one million Peruvians over 25 who have the disease and 2% of all deaths in all ages is caused by the diabetes.

The present study entitled: "Relationship between adherence to treatment and quality of life of patients with diabetes mellitus type 2 of the Pomalca Health Center, was carried out with the purpose of providing updated information on the relationship between adherence to treatment have the patients, and identify how it intervenes in their quality of life; In this way, we can orient interventions that improve the situation, emphasizing the primary prevention level.

The general objective of the study was: To determine the relationship between adherence to treatment and quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus at the Pomalca Health Center; the type of study is quantitative, descriptive- correlational method, the sample consisted of 25 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study through verbal expression of informed consent, the instrument of data collection were two questionnaire first that allows to identify the adherence of the treatment in the diabetic patients and the second that allows to identify the quality of life in the patients with diabetes mellitus type 2; the technique applied was the interview. The results showed regular adherence to treatment in 76% (19) with a regular quality of life represented by 92% (23). According to the correlation of $P = 0.1362$, it was found that adherence to treatment has a very direct relationship. weak with the quality of life. In conclusion; Most patients showed a regular adherence treatment, the most affected was the non- pharmacological treatment continued due to poor education; in terms of quality of life, influenced by the dimension of physical well-being, followed by the psychology and social dimensions. This tells us as the adult assumes with better adherence to treatment will have a better quality of life.

Keywords:

Adherence to Treatment, Quality of life, Type 2 Diabetes Mellitus.

CAPITULO I

INTRODUCCION

I. INTRODUCCIÓN

El mundo de hoy sobresalen las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). “Estos males representan la carga de morbilidad más importante para los países industrializados y es la causa principal de mortalidad y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas que retrasan el desarrollo económico de muchos países”. Constituyen un problema de salud pública.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que deben ser enfrentadas fundamentalmente con prevención. En el Perú no es una excepción ya que las enfermedades no transmisibles son una de las principales causas de años de vida saludables perdidos.

La prevalencia de diabetes Mellitus tipo 2 en las Américas varía entre 10 y 15%, y en el Perú ésta se estima en 5,5 %. Según informes MINSA, (2003) de la Oficina de Estadística e Informática es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la Décimo quinta causa de mortalidad en nuestro país.

Un factor muy importante que interfiere en alcanzar los objetivos de control una vez establecido el diagnóstico de diabetes, esta enfermedad constituye un desorden metabólico. Como consecuencia, en la diabetes mellitus, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y a largo plazo complicaciones micro y macro vasculares se destacan: el pie diabético, la insuficiencia renal y la retinopatía diabética. Además, impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente. (MINSA, 2003, p.12)

“En la práctica médica, una parte importante de los tratamientos queda bajo la responsabilidad del paciente, de ahí que la adherencia al tratamiento indicado se ha convertido en un serio problema para la salud pública contemporánea” (MINSA, 2003).

Toda enfermedad crónica una vez diagnosticada se queda para toda la vida y dependerá de la persona para mantener y alargar su vida. Si se adhieren adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida que cada una de las enfermedades exige. (Villalobos, Pérez, Sáenz, 2010, p.12)

En general, el tratamiento de esta patología tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece. Portilla (2011) afirma:

Para lograr estas se incluyen las dimensiones de la adherencia al tratamiento farmacológico la cual tienes los siguientes indicadores como el control de glucemia, la administración oral y parenteral y no farmacológico como un plan alimenticio-dietas, actividad física ejercicios, hábitos saludables como no consumo de alcohol, consumo de cigarrillo y en relación a la calidad de vida como dimensiones físicas psicológica y social. (p.15)

El mismo auto afirma: “Las complicaciones debidas a la diabetes son causa importante de discapacidad, disminución de la calidad de vida y muerte. Las complicaciones de diabetes pueden afectar a diferentes partes del cuerpo, y se manifiestan de diferentes maneras en diferentes personas”. (p.11)

Para tener una prevención de las complicaciones crónicas que la enfermedad presenta pues, aunque la comunidad, el sistema de salud y los familiares decidan ayudar o cooperar en la educación diabetológica, es el propio paciente quien debe poseer autocuidado y auto responsabilidad para evitar la hiperglucemia mantenida que es en fin quien lleva a los pacientes a estas complicaciones crónicas y por ende un mal control glucémico y metabólico. La educación acontece como piedra angular de la atención integral en las personas con diabetes, y es una herramienta para el control de esta enfermedad puesto que permite a los pacientes cumplir con los pilares básicos de atención a la enfermedad: tratamiento no farmacológico (dieta-, ejercicio) y tratamiento farmacológico. (Cardona, Gutiérrez, 2014, p.52)

Cardona y Gutiérrez (2014) “Esta situación debería orientar el accionar de los equipos de salud, mejorando sus prácticas Profesionales, en especial las actividades destinadas a la prevención, a través de diversos programas en los que se destacan aquellos orientados a educación en autocuidado”. (p.19)

Cardona y Gutiérrez (2014) “La diabetes tipo 2 es más frecuente en personas obesas y de nivel socioeconómico bajo, representa una carga social, se manifiesta en los sistemas de servicios de salud, en la calidad de vida de las personas diabéticas y sus familiares”. (p.48)

Cardona y Gutiérrez (2014) “La gran mayoría de las personas con diabetes se ven afectadas por la diabetes tipo 2, que está vinculada al sobrepeso o la obesidad, y al sedentarismo, sus principales factores de riesgo”. (p.48)

El mismo autor afirma: “En las Américas, más del 60% de la población tiene un peso por encima de lo recomendado, en gran parte resultado de cambios en el estilo de vida relacionados con el desarrollo y la globalización”. (p.53)

La diabetes es una enfermedad crónica, progresiva que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre. “Es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y otras consecuencias a largo plazo que impactan de manera significativa en la calidad de vida y elevan el riesgo de muerte prematura”. (Gaspar, 2010, p.42)

El mismo autor afirma: “En las Américas, sin embargo, en algunos países hasta el 40% de los que padecen diabetes no lo saben, y entre el 50 y el 70% no alcanzan un control adecuado de la glucemia”. (p.78)

Burns, Grove (2010) afirma:

La labor de enfermería, en el caso de las personas que viven en situaciones de cronicidad, se centra en el cuidado de su experiencia de vida con la enfermedad, y para poder realizar este cuidado se precisa el reconocimiento del mundo que rodea a familiares, individuos y cuidadores, explorando en ellos sus patrones de vida y su conciencia en torno a la situación de cronicidad. En la medida en que enfermería permita este reconocimiento en su cuidado, favorecerá el crecimiento y el poder de los individuos ante la situación de cronicidad. (p.55)

Para enfermería es muy importante hacer participe en un cuidado de salud y vida de las personas con padecimientos crónico-degenerativos, en donde se contribuya la mejor calidad de vida en información, educación y una atención mas directa con personas afectadas por esa enfermedad o familias. (Gaspar, 2010, p.42)

El objetivo general del estudio fue Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Pomalca.

Estos resultados mostraron regular adherencia al tratamiento en un 76% (19) con una regular calidad de vida representado por el 92%(23). Según la correlación de $P=0,1362$ se encontró que la adherencia al tratamiento presenta una relación directa muy débil con la calidad de vida. En conclusión; la mayoría los pacientes mostraron tener una regular adherencia tratamiento el más afectado fue el tratamiento no farmacológico continuado por una deficiente educación; en cuanto a la calidad de vida, influida por la dimensión del bienestar físico, seguida por las dimensiones psicología y social. Esto nos indica en medida que el adulto asuma con mejor adherencia al tratamiento tendrá una mejor calidad de vida.

1.1. Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017) como “uno de los principales asesinos en el mundo. Cada seis segundos muere una persona a causa de la diabetes, cada tres se diagnostica un nuevo caso y cada 20 alguien sufre una amputación por complicaciones relacionadas a esta enfermedad” (p.52).

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF año 2015) la diabetes tipo 2 es una patología que presenta una curva de crecimiento exponencial afecta a nivel mundial 415 millones de adultos que tienen diabetes, uno de cada once adultos tiene esta enfermedad. Para el año 2040 la presencia de 642 millones de personas con esta enfermedad donde uno de cada diez, el 46,5 % del adulto esta sin diagnosticar y el 12 % gasto mundial en salud se destina para diabetes; se estima que más de 40 millones de personas padecen la enfermedad en América Latina y el Caribe, un número que podría escalar a más de 70 millones. (Federación International Diabetes, 2011, p.96)

El mismo autor afirma: “El problema de la diabetes es que muchas veces es asintomática en fases iniciales de la enfermedad y no se detecta a tiempo. Y si se detecta a tiempo, muchas veces no se controla, resultando a menudo en complicaciones” (p.10).

A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148; asimismo causando más años de vida saludable perdidos carga de la enfermedad, se encuentra la diabetes en el sexto lugar dentro de las primera diez causa de morbilidad y el primer lugar en el grupo etario 45 a 59 años. Los departamentos de Piura y Lima son los más afectados (2,5%). (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, p.29)

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. Departamento de Epidemiología, (2017) Existen tres clasificaciones principales:

-Diabetes tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional, la cual ocurre durante el embarazo, cada una con diferentes causas y con distinta incidencia en el organismo.

-Donde la diabetes tipo 1 representa el 5% de todos los casos diagnosticados de diabetes y aparece por lo general antes de los 30 años, es decir a temprana edad y la diabetes tipo 2 representa entre el 90 y 95% de todos los casos diagnosticados de diabetes. Se caracteriza por el nivel alto de azúcar en la sangre y resistencia a la insulina. Aparece con frecuencia en personas mayores de 40 años.

-Para controlarla es necesario realizar una adherencia al tratamiento no farmacológico (ejercicios con frecuencia y tener un cambio en la dieta y buenos hábitos saludables. Si el nivel de azúcar no se reduce, se acompaña con un tratamiento farmacológico (Se deberá brindar fármacos, tabletas e insulina al paciente), integrando al personal de salud y paciente, donde la educación es la piedra angular para un mejor tratamiento.

-La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que produce una disminución de la esperanza de vida porque sus complicaciones pueden incluir enfermedades al corazón, derrames cerebrales, pérdida de la visión,

insuficiencia renal que puede requerir diálisis y la mala circulación en las extremidades que pueden generar amputaciones.

-La población del departamento de Lambayeque menores de 60 años en el 2013 equivale a: 123,596 habitantes de los cuales el 25 -30% es decir 2688-3225 sujetos padecen de Diabetes Mellitus. (p.15)

Según lo reportó el Jefe del área de epidemiología de esta institución se presentó en el C.S. Pomalca- Chiclayo, en el año 2017 se atendieron 43 personas, con diabetes cuyas edades fluctuaron entre los 33 y 60 años; predominando las mujeres. La morbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus tipo II y los pacientes que presentaban más daño de órgano por la falta de adherencia al tratamiento, actualmente están registrados a 27 pacientes que asisten regularmente de forma mensual al Programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes. “El 99% de ellos presenta Diabetes Mellitus tipo 2; dicho programa está a cargo de un equipo multidisciplinario, el profesional de enfermería debe cumplir diariamente una importante labor en la educación diabetológica”. (Cardona y Gutiérrez, 2014, p.44); haciendo un continuo seguimiento a los controles periódicos de los pacientes para la prevención e identificación de sus posibles complicaciones; y ser derivadas a especialistas para una atención oportuna. A estos pacientes con frecuencia se le realiza exámenes, así mismo se les brinda orientación sobre la dieta, ejercicios, tratamiento farmacológico entre otros aspectos.

1.1 Trabajos Previos

En cuanto a los antecedentes de la presente investigación, tanto a nivel nacional como internacional la preocupación por comprender aspectos relacionados a la adherencia al tratamiento y la calidad de vida son evidentes, por ello, se presentan a continuación dichas investigaciones en función a las variables de estudio.

1.2.1. Internacionales

En Chile, realizó un estudio sobre “Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2 en el Hospital de Ancud”, Giacaman (2010) teniendo como objetivo:

Describir la adherencia al régimen terapéutico antidiabético. Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes insertos con DM-2 en el Programa de Salud del Hospital de Ancud, Se utilizó el Test de Morisky Green Levine, que consiste en un test autocomunicado a los pacientes sobre la adherencia terapéutica, y permite además identificar algunos factores influyentes. (p.96)

Escogidos según ciertos criterios de inclusión, llegando a la conclusión fueron:

“La adherencia al tratamiento antidiabético está dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento”. (Giacaman, 2010)

En México realizaron un estudio sobre “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”. López y Colb. (2006) el cual tuvo como objetivo:

Adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide calidad de vida, en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 260 pacientes con DM-2. La técnica fue la evaluación y/o resultados de análisis de sangre, los instrumentos; el cuestionario y la hoja de registros.

Las conclusiones fueron, entre otras: “La versión adaptada en idioma español del Diabetes 39 es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM-2”. (López y Rodríguez, 2010)

Juan Manuel López presenta ítems de gran utilidad a nuestra tesis aporta en el cuestionario de valoración de calidad de vida “Diabetes 39”, para ayudar a la formulación de las preguntas del cuestionario que se va aplicar en mi tesis.

En Costa Rica realizaron un estudio titulado “Características Psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM-III)”;

Villalobos y Col (2006) con: “El objetivo de medir algunos factores psicológicos y socio ambientales vinculados con el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, a través de pruebas psicométricas”. (p.48)

Villalobos y Col (2006) las conclusiones del presente estudio fueron: La escala EATDM-III muestra ser un instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2”. (p.56)

El mismo autor afirma: “Los coeficientes de correlación entre factores permitieron detectar la relación que existe entre los diversos aspectos vinculados a la adherencia al tratamiento. Los factores de la organización y apoyo comunal, el ejercicio físico y la valoración”. (p.22)

“La relación entre los eventos conductuales vinculados a los controles médicos de la enfermedad, el seguimiento de las dietas, la autovaloración de la condición física y el ejercicio fueron en general bajos e inconsistentes entre sí”. (Villalobos y Col, 2006)

Villalobos y Col, (2006) presenta ítems de gran utilidad a nuestra tesis sobre los factores que aporta “La escala EATDM-III muestra ser instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2” (p.35). Para ayudar a la formulación de las preguntas del cuestionario que se va aplicar en mi tesis.

1.2.2. Nacional

En Lima, realizó un estudio sobre “Calidad de vida y Auto concepto en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con y sin adherencia al tratamiento del Hospital FAP”, Portilla (2011) teniendo como objetivo:

Establecer las diferencias en la Calidad de Vida y el Auto concepto en pacientes con Diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. El método que utilizaron fue un diseño descriptivo comparativo. La muestra

estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2. (p.59)

En la investigación el autor concluyo: “Según la unión al tratamiento se encuentran muchas discrepancias entre calidad de vida y como lleva el paciente la enfermedad”. (p.59)

En Ica realizó un estudio “Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el hospital regional de Ica, 2010”, Pebes (2014) teniendo como objetivo:

Determinar la relación que existe entre el Control Preventivo de la Enfermedad y la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se utilizó un diseño descriptivo – correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de ambos sexos. (p.28)

Pebes (2014) en la investigación el autor concluye que:

La prevención de la Diabetes mellitus tipo II está muy dependiente a la calidad de vida de los pacientes, quiere decir que mientras el paciente tenga un control de su enfermedad y la disciplina para llevar el tratamiento al pie de la letra, el cuidado personal o el autocuidado a sí mismo, con el cumplir con determinar cuestión el cuidado de la vista, los pies, cuidado diabético y actividad física mejorara siempre la calidad de vida de cada paciente que afronta esta enfermedad. Año 2012 en Lima presenta ítems de gran utilidad a nuestra tesis sobre los factores que aporta La escala EATDM-III muestra ser un instrumento útil para el estudio de la adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. (p.29)

Para ayudar a la formulación de las preguntas del cuestionario que se va aplicar en mi tesis. En Lima realizo un estudio de investigación sobre titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo Enero-febrero 2008”. Molina (2008) cual tuvo como objetivo:

Determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el estudio es de tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. (p.59)

Las conclusiones a las que se llegó en el estudio fueron: “Al aplicar el cuestionario se obtuvo Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida”. (Molina, 2008, p.44)

Yulisa Molina García en el año 2008 presenta ítems de gran utilidad a que aporta a nuestra tesis porque permite conocer una regular adherencia del tratamiento y calidad de vida en paciente con diabetes mellitus tipo 2

En Lima, realizó un estudio titulado “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre-diciembre 2005”. Hidalgo Eva, (2005) el objetivo fue identificar: “Las medidas de autocuidado que refieren realizar los pacientes diabéticos, así como 8 los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento”. (p.65)

El mismo autor afirma: “El método fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 100pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, la técnica aplicada fue la entrevista con el instrumento, el cuestionario”. (p.95)

Las conclusiones del presente estudio fueron: “La mayoría de los pacientes diabéticos realizan las medidas de autocuidado, tales como alimentación, consumiendo diariamente verduras y frutas e inter diariamente carnes y harinas”. (Hidalgo, 2005, p.74)

Asimismo, la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuente las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones. Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se

encuentran: el factor económico, la enfermedad y ocupación; encontrándose con mayor incidencia el factor económico. (Molina, 2008, p.45)

El mismo autor afirma: “Entre los factores socioculturales que favorecen se encuentra el apoyo familia, por cuanto la familia cumple un rol importante apoyando al paciente diabético en su autocuidado”. (p.48)

“Se presenta ítems de gran utilidad a que aporta a nuestra tesis porque el estudio mencionado permite conocer que existe cierto grado de cumplimiento al tratamiento por parte de los pacientes diabéticos”. (Hidalgo, 2005)

1.2.3. Local

En Lambayeque realizo un estudio titulado “Calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles-Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2016”. Custodio y Santamaría (2016) afirma:

La metodología fue de tipo cuantitativa transversal - descriptiva – correlacional. La población muestral estuvo conformada por 46 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, quienes se les aplicaron el cuestionario D-39 y DM2-Versión III y Los resultados mostraron regular calidad de vida en un 50.03% (23) con una regular adherencia al tratamiento representado por el 42.87%(22). Según la correlación de $P=0.01<0.05$, se encontró que la calidad de vida presenta una relación positiva con la adherencia al tratamiento. (p.55)

En conclusión; “La mayoría los pacientes mostraron tener una regular calidad de vida, influida por el funcionamiento sexual, seguida de la dimensión carga social y ejercicio físico”. (p.56)

En el año 2016 presenta “ítems de gran utilidad a que aporta a nuestra tesis porque el estudio mencionado nos indica que en la medida que el adulto asuma con mejor calidad de

vida su bienestar biopsicosocial tendrá una mejor adherencia terapéutica”. (Rosalis y Rossel, s.f)

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. La adherencia al tratamiento

Según lo que indica algunos autores en años anteriores como Haynes (1979), se refiere “al cumplimiento como obediencia del individuo a las instrucciones y prescripciones del profesional de la salud, aquí concordamos en el comportamiento de una persona con los consejos médicos o sanitarios” (p.59).

Por otro lado, Meichenbaum y Turk (1991), la adhesión requiere a “Una complejidad de comportamientos en prevención y mantenimiento de la salud relacionada con el cuidado, no sólo el seguimiento de las prescripciones médicas” (p.19).

Meichenbaum y Turk (1991) dichos comportamientos incluyen:

Formar parte de un programa de tratamiento en forma continua, Mantener un horario establecido con los diferentes especialistas y asistir a sus controles, Tomar correctamente la medicación prescrita, Seguir cumpliendo con los cambios adecuados en el estilo de vida (en las áreas de alimentación, ejercicio, y manejo del estrés, etc.). Realizar correctamente el régimen terapéutico en casa., Evitar comportamientos que con lleven un riesgo para la salud (fumar, beber, tomar drogas, etc.). (p.85)

De igual modo Johnson, (1992), define que “el rol medico impone autoridad en el tratamiento en el paciente con enfermedades crónicas; donde el pasa a tener un rol pasivo respecto al manejo del tratamiento” (p.55)

Para Glasgow, Wilson y McCaul (1985), “el cumplimiento consiste en una interdependiente red de régimen de conductas, más que una simple conducta de tomar medicamentos” (p.55).

Johnson (1995) por su parte indica que “la adhesión ha sido tradicionalmente considerada como una característica del carácter del paciente. Esto sugiere que tanto la definición como la medida de la adherencia requerirán una estrategia con múltiples componentes” (p.19)

Así mismo OMS (2003) la definió el término adherencia como “El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. (p.p. 20,21)

“Existen Consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, con lleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes”. (Gonzáles, Pérez, García, et. 2015, p.78)

A través de la revisión ya mencionada, se puede observar el tratamiento que incluye varios aspectos y conductas de cada paciente, para esta presente investigación se tomara en cuenta cuatro aspectos adherencia al tratamiento farmacológico, no farmacológico, relación médico-paciente, Educación.

Donde se expresa la falta de interés a los tratamientos en la cual resultado ser una problemática muy relevante en las enfermedades crónicas como es la diabetes, los cuales pueden ser por un alto costo para el usuario y sociedad ya que a las secuelas físicas (enfermedad micro y macro vascular), se deben agregar costos por rehabilitación, pensiones de invalidez y pérdida de productividad. (Gonzáles, Pérez, García, et. 2015)

Este es uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud; la falta de adhesión terapéutica, ya se trate de dificultades para tomar la medicación, para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo como la dieta, ejercicio, estrés, alcohol y tabaco, o bien el abandono del tratamiento o el incumplimiento de las revisiones, es una condición característica de los pacientes sea cual sea la enfermedad que padecen y esta es una de las condiciones que hace que los profesionales de la salud unánimemente coincidan en señalar como la más desalentadora. (Gonzáles, Pérez, García, et. 2015)

a.- Teorías sobre la adherencia al tratamiento

En cuanto a las teorías adherencia al tratamiento la presente investigación, menciona diferentes teorías y por ello, se presentan a continuación dichas teorías en función a las variables de estudio.

- Becker y Rosenstok (1984) El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) según el cual “las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia” (p.19).

- Ajzen y Fishbein (1980) La teoría de la Acción Razonada (TAR) “es un modelo Conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla”. (p.52)

- Bandura (1997) Teoría de la auto-eficacia se refiere a “las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones”.

Este concepto hace referencia a la capacidad que se percibe de sí mismo para llevar a cabo una conducta. Esta teoría ha sido utilizada en el diseño de intervenciones para lograr una óptima adherencia al manejar la motivación como estrategia para modificar la conducta. Diversos estudios han demostrado que, la autoeficacia general es predictora de la adherencia. (Bandura, 1997, p.41)

b.- Teorías de enfermería aplicadas a la adherencia al tratamiento

Modelos y teorías aplicadas a investigaciones sobre adherencia al tratamiento

Modelos y Teorías	Observación
Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem	“Varios estudios han confirmado una fuerte correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento”. Es así que, la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado
Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	·Palank aplicó “este modelo en su estudio, y encontró que las barreras son un factor cognitivo perceptual que influye en el intento de compromisos de los comportamientos como la adherencia al tratamiento”. “Este modelo se basa en dos teorías conductuales, que son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo como lo es adherirse o no a un tratamiento”.

A continuación, se revisan los principales. Bandura (1997) indica:

Como razones relacionadas con el paciente, donde el paciente para tener una respuesta al tratamiento dependerá edad, el entorno cultural, nivel de educación, sus a las creencias de que correctamente no han sido tratados o no hay eficacia en el medicamento, se olvidó y la dificultad que tiene en el horario. Por último, las dos poblaciones: niño y ancianos en que esta respuesta al tratamiento sea negativa, Razones relacionadas con el fármaco. (p.95)

El mismo autor indica: “La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Características del principio activo al no constatar el medicamento y el beneficio que tiene, aun más si es un tratamiento”. (p.74)

“Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación”. (Bandura, 1997, p.45)

Continuaciones relacionadas con la enfermedad son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. Y relacionadas con el profesional sanitario La falta de tiempo en la comunicación médico- paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. (Bandura, 1997, p.45)

c.- Instrumentos de medición para la adherencia al tratamiento

“Existen múltiples instrumentos que buscan determinar la adherencia al tratamiento de las personas, sin embargo, por su multiplicidad, se debe especificar los aspectos que cada uno de estos mide con relación a este fenómeno”. (Bandura, 1997, p.45), tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Instrumentos para la medición de la adherencia al tratamiento.

Instrumentos	Constructo o Atributo	Estabilidad psicométrica
Test de Morisky y Green	Ofrece una respuesta dicotómica, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento en la toma de medicamentos. Las respuestas del test no muestran relación con el grado de cumplimiento, solo verifica adherencia farmacológica.	Confiabilidad del 0,61 por alpha de cronbach; Sensibilidad de 0,81; Especificidad de 0,44. Valor predictivo positivo de 0,75, y valor predictivo negativo de 0,47. No cuenta con validez de constructo.
Cuestionario de Haynes-Sackett o Cumplimiento Autocomunicado (CA)	Método indirecto que se basa en preguntar al paciente sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento, por medio de preguntas inmersas en una conversación.	Confiable, presenta alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable; bajo valor predictivo negativo. Sobrestima el cumplimiento. No cuenta con validez de constructo.

d.- Dimensiones de la adherencia al tratamiento

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta OMS (s.f), define “La adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (p.59)

Estas reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras las cuales consideramos como las recomendaciones dentro cierta dimensiones permiten definir de modo operativo el concepto de adherencia al tratamiento de los cuales están definidos por sus respectivos indicadores. (González, Pérez, García, et al. 2015, p.99)

González, Pérez, García, et al. (2015) Las dimensiones de la adherencia al tratamiento son:

- **Tratamiento Farmacológico:** consiste en múltiples y variados medicamentos cuyo fin expreso es reducir los niveles de glucosa en la sangre. Los medicamentos que disminuyen los niveles de glucosa en la sangre, pueden ser administrados por vía oral o a manera de inyección. Entre los inyectados, el más popular es la insulina y entre los tomados, este puesto lo ocupa la metformina. Por lo general, el tratamiento comienza con un solo medicamento y, mensualmente su control de glicemia cabo de uno a tres meses, se pide un examen de sangre para evaluar si la glicemia está dentro del rango normal, El control glucémico intensivo puede reducir el riesgo de algunas complicaciones microvasculares (como la retinopatía o la albuminuria) y podría reducir ligeramente el riesgo de IAM
- **Tratamiento no Farmacológico:** comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial.

- **Relación Médico-Paciente:** Que asumen su corresponsabilidad en el éxito del tratamiento. Relación con sus médicos en el que les escuchen, empaticen con su situación, comprendan los problemas que enfrentan para seguir el tratamiento, les transmitan ánimos y adapten sus recomendaciones a las circunstancias vitales y emocionales de cada paciente. Se prefiere a los profesionales que combinan la competencia técnica (incluida la dimensión relacional) con la humanidad y la amabilidad. (p.19)

- **Educación** Es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético. Persigue como objetivos principales proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos; pretende crear en el enfermo una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Debe ser progresiva, continua y ajustada a las condiciones clínicas del enfermo. Dirigido a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento. (p.15)

1.3.2. Calidad de Vida

Según la OMS (s.f) indica: “la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; está influenciado por la salud física, estado psicológico, su nivel de independencia”. (p.52)

Según Mena (2006) sostiene que la DM es “una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la población que podría afectar la calidad, aunque la trascendencia atribuida a estas limitaciones varía mucho de una persona a otra”, la mayoría de los autores identifican que una repercusión de dichas limitaciones puede ser identificada sobre cualquier enfermo.

Collao citado por Gamboa C, refiere que es “importante que quien padece de DM se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben cumplir en su tratamiento”, y de que la forma de

sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento.

Raile y Tomey (2007) indica: “Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes”. (p.85)

El mismo autor indica que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética:

Negación, en esta etapa la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios. Depresión, en esta fase el paciente se da cuenta de que algo le está ocurriendo. (p.52)

El mismo autor afirma: “En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar” (p.53).

Raile y Tomey (2007) indica: “La motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta obligado con el autocontrol de tal enfermedad. Elaboración y trabajo del duelo, durante la tercera etapa el paciente diabético acepta de manera integral la nueva condición” (p.26)

Raile y Tomey (2007) indica: “En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Lo anterior le posibilitará tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social”. (p.49)

El mismo autor indica: “Una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social”. (p.50)

Mientras que Gaspar (2010) Define “calidad de vida en como poco a poco una persona se va adaptando a un medio ambiente y a sus condiciones. De acuerdo a su estado de salud, y de como la persona afronta sus necesidades”. (p.36)

a.- Teorías de la Calidad de Vida

Raile y Tomey, (2007) “El concepto denominado calidad de vida implica evaluación global que un sujeto hace su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren”. (p.48)

El mismo autor afirma “La calidad de vida relacionada con la salud incluye las dimensiones física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas”. (p.49)

“Calidad de Vida Relacionada con la Salud es el aspecto de la calidad de vida que se refiere a la salud de la persona y usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y toma de decisiones terapéuticas”. (Raile y Tomey, 2007)

Teoría de Dorotea

“Teniendo en cuenta que el autocuidado es la aplicación ideal de una base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas, se cita a Dorotea Orem en su Teoría del Autocuidado” (Raile y Tomey, 2007); en la cual se plantean los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud.

El Autocuidado, como concepto básico de ésta teoría, es una actividad que el individuo va incrementando según los eventos personales, va aprendiendo a tener una equilibrada autoestima con el fin de controlar otros factores que puedan afectar su integridad física y mental, y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El personal de salud enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud. (Raile y Tomey, 2007)

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

Para el personal de salud el concepto de bienestar físico, psicológico y social fue introducido por medio de la teoría de déficit de autocuidado de Orem; para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente. De este modo, define el bienestar físico, psicológico y social como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto. (Orem, s.f).

El mismo autor indica. “El personal de salud con la población de pacientes con diabetes, tiene énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones”. (p.48)

Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidad que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad. (Orem, s.f, p.58)

b.- Instrumentos para valorar la calidad de vida en pacientes diabéticos

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) “en pacientes diabéticos, consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica”. (Badía, Lizán, 2010)

Badía, Lizán, (2010) “Los instrumentos que suelen emplearse para medir, son los cuestionarios, que son herramientas dinámicas, pues están en continuo proceso de

desarrollo, mejora y validación”. (p.67); para valorar el impacto específico de la diabetes tenemos:

Evaluación de Calidad de Vida. El EsDQOL modificado 24 consta de 43 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: «satisfacción con el tratamiento» (15 preguntas), «impacto del tratamiento» (17 preguntas), «preocupación por los efectos futuros de la diabetes» (4 preguntas), «preocupación por aspectos sociales y vocacionales» (7 preguntas). Se adiciono una pregunta sobre el estado de salud percibido. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos. (Badía, Lizán, 2010)

c.- Dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones permiten definir de modo operativo el concepto de calidad de vida los cuales están definidos por sus respectivos indicadores. “Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida”. (Badía, Lizán, 2010)

Según Schalock y Verdugo (2007) “calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”. (p.78)

Este concepto queda definido en 3 dimensiones:

- **Dimensión de Bienestar Psicológico;** Tiene en cuenta los sentimientos como las satisfacciones, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión. Autodeterminación; que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones.

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida.

Algunos síntomas para identificar depresión son: Cambios en el apetito (aumento o disminución). Problemas para conciliar el sueño o dormir demasiado, Somnolencia, excesiva Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, Apatía, Tristeza, Irritabilidad, Olvidos, Falta de energía, Pensamientos de muerte, Culpa y autorreproches, Llanto fácil

- **Dimensión Social;** La relación con familiares y amigos (cuidadores primarios) se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.
- **Dimensión de Bienestar físico;** Desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc., tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. Desarrollo personal; que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación. (p.59)

1.3.3 Diabetes Mellitus (DM)

a.- Definición

Millán (2002) “Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina”. (p.56)

b.- Clasificación etiológica de la DM

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos:

Diabetes tipo 1 (DM1)

Diabetes tipo 2 (DM2)

Otros tipos específicos de diabetes

Diabetes gestacional (DMG)

En la DM1 las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. “Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva”. (Millán, 2002)

Pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde “la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islo-tes (ICA), antitirosina fosfatasa (IA-2) y antiinsulina; su detección permite subdividir la DM1 en: Autoinmune e Idiopática”. (Millán, 2002, p.77)

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en: Predominantemente insulino resistente con deficiencia relativa de insulina y B. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina. El tercer grupo lo conforma un número considerable de patologías específicas. (Millán, 2002, p.26)

El mismo autor afirma: “la diabetes mellitus gestacional (DMG) constituye el cuarto grupo. Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo”. (p.15)

“Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación”. (Fidias y Arias, 2012).

c.- Etapas de la DM

Millán (2002) “La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo”. (p.98)

Millán (2002) Estas etapas son:

Normoglucemia. Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.

Hiperglucemia. Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en: Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa), Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en: DM no insulino-requiriente, DM insulino-requiriente para lograr control metabólico, DM insulino-requiriente para sobrevivir (verdadera DM insu-lino-dependiente). (p.52)

d.- Como se diagnostica la DM

Millán (2002) Para el diagnóstico de la DM se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

-Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

-Glucemia en ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.

-Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/ dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

El mismo autor afirma: “Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres”. (p.48)

“En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica”. (Millán, 2002)

e.- Prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG)

“La prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) consiste en la medición de la glucemia dos horas después de dar una carga oral de 75 gramos de glucosa. Las mediciones intermedias durante la PTOG no se recomiendan en forma rutinaria”. (Orem, s.f)

Por este motivo se eliminó el término “curva de tolerancia a la glucosa”.

Cuáles son las condiciones para realizar una PTOG

“Para la realización de la PTOG la persona debe ingerir 75 gramos de glucosa diluidos en 300 ml de agua con o sin sabor, a temperatura ambiente, en un período no mayor de cinco minutos”. (Orem, s.f)

Además, debe reunir las siguientes condiciones:

- Ayuno de ocho a 14 horas (se puede tomar agua).
- Evitar restricciones en la dieta durante los tres días precedentes (consumo mínimo de 150 gramos de hidratos de carbono al día). La evidencia reciente sugiere que es conveniente consumir la noche anterior una comida con un contenido razonable de carbohidratos (30-50 g)
- Evitar cambios en la actividad física habitual durante los tres días precedentes, durante la prueba debe mantenerse en reposo y sin fumar.
- Es preferible que no tenga una infección u otra enfermedad; de lo contrario, debe quedar consignada en el informe de la prueba debe interrumpir el

consumo de medicamentos que pudieran alterar los valores de la glucemia mínimo 12 horas previas a la realización de la prueba.

-La PTOG no se debe practicar en pacientes con VIH positivo que estén recibiendo inhibidores de proteasas por el alto número de resultados de glucemia falsamente positivos.

-En niños la PTOG rara vez se utiliza, pero cuando se requiere la carga de glucosa se calcula con base en 1.75 g por kg de peso sin exceder 75 g en total. (Orem, s.f, p.84)

f.- Prueba para el tamizaje de DM

La glucemia en ayunas es la prueba más sencilla para el tamizaje oportunístico de DM en personas asintomáticas que por algún motivo acuden a un servicio de salud. Orem, (s.f) afirma:

Sin embargo, la prueba de oro para el tamizaje de diabetes en estudios poblacionales sigue siendo la medición de la glucemia 2 horas post carga de glucosa. Es muy importante tener en cuenta que una prueba de tamizaje solo indica una alta probabilidad de tener DM y debe ser confirmada con una prueba diagnóstica. (p.548)

El mismo autor afirma: “Actualmente se han desarrollado algunos cuestionarios sencillos cuyo puntaje permite establecer la probabilidad de tener diabetes y se pueden utilizar como pruebas de tamizaje siempre y cuando se hayan validado localmente”. (p.549)

-A quién se le debe practicar una prueba de tamizaje para DM

-Cada tres años a las personas mayores de 45 años

-Una vez al año a las personas que tengan uno o más de los factores de riesgo que se mencionan a continuación:

-IMC mayor de 27 kg/m² o menos si hay obesidad abdominal Familiares diabéticos en primer grado de consanguinidad Procedencia rural y urbanización reciente.

-Antecedentes obstétricos de DMG y/o de hijos macrosómicos (peso al nacer > 4 kg)

-Diagnóstico de síndrome metabólico

-Menor de 50 años con enfermedad coronaria

- Hipertenso con otro factor de riesgo asociado
- Triglicéridos mayores de 150 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl.
- Alteración previa de la glucosa. (Fidias y Arias, 2012)

g.- Ventajas del control clínico y metabólico de la DM

“El control de la DM elimina los síntomas, evita las complicaciones agudas y disminuye la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. Al combinarlo con el control de otros problemas asociados como la hipertensión arterial y la dislipidemia”. (Fidias y Arias, 2012), también previene las complicaciones macrovasculares.

Buen control clínico y metabólico de la DM

Para lograr un buen control de la DM2 se deben alcanzar metas establecidas para cada uno de los parámetros que contribuyen a establecer el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas como la glucemia y la hemoglobina glucosilada, los lípidos, la presión arterial y las medidas antropométricas relacionadas con la adiposidad. Se debe tener en cuenta que para la mayoría de estos parámetros no existe un umbral por debajo del cual se pueda asegurar que la persona con diabetes nunca llegará a desarrollar complicaciones. Por consiguiente, las metas que se presentan en las tablas son en cierta medida arbitrarias y se han establecido con base en criterios de riesgo-beneficio al considerar los tratamientos actuales, pero pueden cambiar con los resultados de nuevos estudios. Se han colocado como niveles adecuados aquellos con los cuales se ha logrado demostrar reducción significativa del riesgo de complicaciones crónicas y por lo tanto se consideran de bajo riesgo. Niveles inadecuados son aquellos por encima de los cuales el riesgo de complicaciones es alto. Hemoglobina glucosilada estable (A1c) y el riesgo de complicaciones es lineal, sin que se pueda identificar un nivel donde el riesgo desaparezca. Por ahora los valores normales siguen siendo la meta óptima, a pesar de que no se han podido mantener en ningún estudio hasta el momento. (Orem, s.f, p.44)

h.- Métodos para evaluar el control de la glucemia

- Automonitoreo en sangre capilar utilizando tirillas reactivas y un glucómetro para su lectura es el método ideal. Su resultado se suele identificar como “glucometría” para diferenciarlos de la glu-cemia medida en el laboratorio. Se recomienda hacer glucometrías diarias y a diferentes horas (pre y/o postprandiales) según criterio médico. El automonitoreo es especialmente útil para conocer el comportamiento de la glucemia en los períodos postprandiales y en las horas de la tarde y la noche, cuando el paciente no tiene acceso fácil al laboratorio. Sin embargo, su costo y necesidad de educación y entrenamiento pueden volverlo difícil de aplicar en algunos lugares.
- Monitoreo en el laboratorio Toda persona con DM2 que no pueda practicar el automonitoreo debería medirse la glucemia una vez por semana o al menos una vez por mes. Se puede requerir una frecuencia mayor si no se logra un control adecuado, lo cual puede ser un motivo para recurrir al automonitoreo.
- Monitoreo ambulatorio continuo Es una forma de conocer las variaciones de la glucemia durante 24 horas y hasta por 3 días, mediante la colocación de un sensor que mide la glucosa en el líquido intersticial y la convierte en valores equivalentes de glucemia. El equipo necesario para poder efectuar la medición y el almacenamiento de los datos tiene un costo alto, por lo cual su utilización es limitada. Puede ser especialmente útil en personas con diabetes lábil, con insulino-terapia intensiva de difícil ajuste y/o con hipoglucemias frecuentes y asintomáticas. (Fidias y Arias, 2012)

i. Complicaciones agudas de la diabetes:

Cetoacidosis Diabética

“Los factores desencadenantes más frecuentes son las infecciones, abandono del tratamiento con insulina o hipoglicemiantes orales, discreciones alimenticias, situaciones de emergencia, estrés (intervenciones quirúrgicas, traumatismos, eventos cardiovasculares), trastornos psiquiátricos, alergia insulínica”. (Fidias y Arias, 2012)

“Las manifestaciones clínicas más importantes son: la poliuria, polidipsia, anorexia, compromiso de la conciencia de grado variable, deshidratación, polipnea, respiración acidótica con aliento cetonémico (olor de manzana), astenia, postración progresiva, hipotensión arterial, taquicardia”. (Fidias y Arias, 2012)

Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar No Cetósico

“Es un trastorno grave que se presenta cuando predominan la hiperosmolaridad e hiperglucemia con alteraciones sensoriales. La cetosis es mínima o inexistente. El defecto bioquímico básico es la falta de insulina eficaz (es decir, resistencia a la insulina)”. (Fidias y Arias, 2012, p.77)

“La hiperglucemia persistente causa diuresis osmótica que conduce a pérdida de agua y electrólitos. Para mantener el equilibrio osmótico hay intercambio de agua del espacio intracelular al extracelular”. (Fidias y Arias, 2012, p.77)

“Con la glucosuria y la deshidratación hay hipernatremia y aumento de la osmolaridad El TABLA clínico es de hipotensión, deshidratación intensa (sequedad de mucosas, turgencia deficiente de la piel), taquicardia y signos neurológicos variables (como alteración sensorial, convulsiones, hemiparesia)”. (Fidias y Arias, 2012, p.77)

“La hipoglucemia (niveles bajos de glucosa) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/100ml. Puede ser causada por demasiada insulina o agentes hipoglucemiantes orales, falta de alimento o actividad física exagerada”. (Fidias y Arias, 2012, p.77). La hipoglucemia llega a presentarse en cualquier momento del día o la noche, por lo regular.

El mismo autor afirma: “Antes de los alimentos, en especial si éstos se retrasan, las manifestaciones clínicas de hipoglucemia se agrupan en dos categorías, síntomas adrenérgicos y síntomas de sistema nervioso central”. (p.16)

Fidias y Arias, (2012) “En la hipoglucemia leve se presenta diaforesis, temblores, taquicardia, palpitaciones, nerviosismo y hambre. En la hipoglicemia moderada, la disminución de la glucemia impide que las células cerebrales reciban las sustancias indispensables para su funcionamiento”. (p.59)

“Los signos de disfunción del sistema nervioso central incluyen incapacidad para concentrarse, cefalea, mareos, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y

la lengua, habla balbuceante, coordinación deficiente, cambios emocionales, conducta irracional o combativa, visión doble y somnolencia”. (Fidias y Arias, 2012)

j.- Complicaciones Crónicas. - Enfermedad Microvascular

Retinopatía

Es la complicación más frecuente y conocida de la Diabetes Mellitus de larga duración. Fidias y Arias (2012) indica:

La pérdida de la visión es 25 veces más frecuente en los pacientes diabéticos que en la población no diabética. El riesgo de la retinopatía se incrementa con la duración de la enfermedad y el pobre control glicémico, está es causada por los cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, área del ojo que recibe las imágenes y envía la información sobre ellas al cerebro. La retinopatía presenta tres etapas principales, no proliferativas (básica), preproliferativas y proliferativas. (p.89)

El mismo autor afirma “Los síntomas indicativos de hemorragia incluyen objetos que flotan o hilos en el campo visual, cambios visuales repentinos, como escotomas o visión borrosa, e incluso pérdida total de la visión”. (p.79)

Complicaciones Vasculares Periféricas

Pie Diabético

“Por múltiples razones, los pacientes diabéticos tienden a padecer problemas de los pies. Las principales causas precipitantes de estos problemas son las afecciones micro y macro vasculares, que causan isquemia y retraso en la cicatrización”. (Fidias y Arias, 2012)

El principal problema con la neuropatía es la ausencia de sensibilidad, que produce falta de conciencia del dolor, y que contribuye a la aparición de lesiones múltiples en el pie. Las alteraciones de los nervios motores dan lugar a debilidad periférica, atrofia muscular y pie péndulo, con disminución de los reflejos. Las manifestaciones clínicas más comunes son fisuras debido a la piel seca, ampollas producidas por los zapatos, omiso precursor de lesiones cancerosas, uñas de los pies, que debido a su crecimiento pueden

transformarse en fuentes de infección, callos y las durezas que aparecen sobre prominencias óseas y que son lugares frecuentes de abscesos acompañados de osteomielitis. (Fidias y Arias, 2012)

k.-- Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Fidias y Arias, (2012) indica: “Mejorar la calidad de vida del paciente diabético. Modificar estilos de vida: alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaquismo. Controlar las enfermedades concomitantes: Obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemias, hiperuricemia, enfermedad coronaria, etc”. (p.88)

Medidas Terapéuticas:

Tratamiento no farmacológico: dieta, ejercicio.

Dieta del Paciente Diabético

El mismo autor afirma. “El plan de alimentación es un pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, no es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación”. (p.94)

Es necesario poner énfasis en la educación al paciente sobre un adecuado régimen alimentario. Teniendo en cuenta que la nutrioterapia médica es parte integral de la asistencia y del control total de la diabetes, los profesionales asistenciales y los diabéticos señalan que uno de los aspectos más difíciles del control de la enfermedad es el cumplimiento de los principios de planeación de la nutrición y las comidas. (Fidias y Arias, 2012)

Plan de Alimentación según el estado Nutricional.

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

Dieta hipocalórica. Se recomienda menos de 1500 kcal. Entre 15 a 20 Kcal. /Kg. de peso ideal.

Fraccionar en un mínimo de cuatro comidas diarias.

Sustituir parcialmente las harinas por verduras.

Restringir las grasas, sugerir el consumo de pescado, pollo sin piel, pavo y carne roja magra.

Los aceites vegetales se limitarán a dos cucharadas diarias (30 ml); de preferencia se usarán los aceites con mayor contenido de grasa mono insaturadas (aceite de oliva, girasol).

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

Dieta normocalórica entre 25 y 40 Kcal. /Kg. /día peso ideal, considerando la actividad física.

Fraccionar en no menos de cuatro comidas

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

Dieta hipercalórico progresivo hasta llegar a valor calórico total > 40 Kcal. /Kg. /día

Tratamiento adecuado de hiperglicemia para llevarlo a su peso normal.

Ejercicio Físico del Paciente Diabético

“El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejora la utilización de la insulina; favoreciendo la circulación sanguínea y el tono muscular”. (Fidias y Arias, 2012, p.15)

“El ejercicio también aumenta las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad, con lo que reduce las de colesterol y triglicéridos, lo cual es de particular importancia en diabéticos porque corren un riesgo mayor de trastornos cardiovasculares”. (Fidias y Arias, 2012, p.15)

Se recomienda una actividad física regular, mínima tres veces por semana. Debe ser aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor de 30 minutos.

Debe aconsejarse el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física para utilizar el calzado más adecuado al tipo e intensidad del ejercicio.

Evaluación del estado cardiovascular en todos los pacientes (hay riesgos adicionales en caso de existir retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica, enfermedad cardiovascular, etc.)

Los pacientes en insulino terapia, por el riesgo de hipoglicemia, por ejercicio intenso deben consumir una ración adicional rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el ejercicio y un reajuste de las dosis de insulina.

Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico. (Fidias y Arias, 2012, p.15)

Tratamiento Farmacológico del Paciente Diabético

La insulina es secretada por las células beta de los islotes de Langerhans y su función es disminuir “la glucosa sanguínea después de consumir alimentos para facilitar su captación y utilización en las células musculares, el tejido adiposo y el hígado. Si la secreción de la insulina no es adecuada, la farmacoterapia es esencial”. (Fidias y Arias, 2012, p.15)

1.-Insulina

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas humano ésta hormona facilita “la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía, logrando su distribución uniforme en nuestro organismo”. (Fidias y Arias, 2012)

El mismo autor afirma: “La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento, con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos”. (p.19)

Fidias y Arias, (2012) los efectos de la insulina son:

Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía.

Indica al hígado que deje de liberar glucosa.

Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno)

Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo.

Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarias) a las células. (p.20)

2.- Hipoglicemiantes orales

Los hipoglicemiantes orales son efectivos para los pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden tratarse únicamente mediante dieta y durante el embarazo.

Los principales agentes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son:

“Las Sulfonilureas (aumento de la secreción pancreática de la insulina); Biguanidas (disminuye la producción hepática de glucosa); Inhibidores de alfa glucosidasa (disminuyen glicemia e insulinemia postprandial) y por último las Tiazolidinedionas (mejoran la captación muscular de la glucosa)”. (Fidias y Arias, 2012)

Educación del Paciente Diabético

“La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere de toda una vida de conductas de autocontrol especiales. En virtud de que la dieta, la actividad física y el estrés físico y emocional afectan al control diabético”. (Fidias y Arias, 2012)

“Deben aprender las habilidades del cuidado personal cotidiano para prevenir fluctuaciones de la glucemia y también incorporar a su estilo de vida muchos comportamientos preventivos para evitar las complicaciones a largo plazo de la diabetes”. (Fidias y Arias, 2012)

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

-Es preferible que se imparta desde la primera consulta ya sea personal o grupal e impulsar la integración del paciente a los programas de educación diabetológica. (Fernández, 2007, p.19)

1.- Programa nacional de prevención y control de la diabetes

“Es el conjunto de procesos orientados a la prevención y control de factores de riesgo, la detección precoz y atención integral de personas con Diabetes o en riesgo de Diabetes con participación activa, así como de la familia y comunidad”. (Fernández, 2007)

El mismo autor afirma: “La misión del Programa de Diabetes según la OMS es prevenir esta enfermedad siempre que sea posible y, cuando no lo sea, reducir al mínimo sus complicaciones y mejorar la calidad de vida”. (p.48)

Los elementos fundamentales de un programa nacional e integral contra la diabetes son:

Prevencción primaria: Prevenir el desarrollo de factores de riesgo

Prevencción secundaria: Prevenir el desarrollo de diabetes.

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

Cuidados de Enfermería al Paciente Diabético

“El paciente reciba una asistencia de calidad y pueda emplear sus conocimientos en los cuidados diarios que requiere el individuo; los cuidados que brinda enfermería a los pacientes diabéticos”. (Castro, Aguilar, 2008)

Están basados en la prevención secundaria que incide en la modificación de los estilos de vida, en el control metabólico óptimo, en la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones propias de la enfermedad, así también en la prevención terciaria que está dirigida a pacientes con complicaciones crónicas para detener o retardar la progresión, mediante la rehabilitación física, psicológica y social. (Castro, Aguilar, 2008)

Definición de los términos básicos

Adherencia al tratamiento: “Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud”. (Fernández, 2007)

Calidad de vida: “Es un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de las personas en las que posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos”. (Castro, Aguilar, 2008)

Diabetes mellitus tipo 2: “Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y deficiencia (no absoluta) de insulina”. (Fernández, 2007)

1.4 Formulación del Problema

Se ha formulado el siguiente problema:

¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Pomalca?

1.5 Justificación del estudio

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública debido a que su prevalencia e incidencia están en incremento.

Hoy en día es considerada como una epidemia mundial, por la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por su alto costo social, familiar y económico. Esta enfermedad constituye un desorden metabólico resultado de la deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de su acción, o de ambas.

Como consecuencia, en la diabetes mellitus, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y a largo plazo complicaciones micro y macro vasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal. Además, impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente.

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

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

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

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

1.6 Hipótesis

La hipótesis planteada para el estudio es:

H1 = Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Pomalca

H0 = No existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Centro de Salud de Pomalca

1.7 Objetivos

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General:

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca

Objetivos Específicos:

- Identificar el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud de Pomalca.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca.
- Analizar la relación entre las dimensiones de la adherencia al tratamiento y las dimensiones de calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Salud Pomalca.

CAPITULO II

METODO DE LA INVESTIGACION

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo de la Investigación

El presente tipo de Investigación es la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca es de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal.

Es Cuantitativo porque se parte de un problema bien definido y objetivos que permitirán determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca. Utiliza “la recolección y el análisis de datos sobre variables para probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en una población”. (Hernandez, 2010)

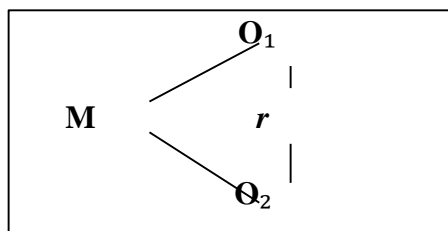
“La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (Fidias, 2012)

“La investigación correlacional mide dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación”. (Dugas, 2008). Es descriptivo correlacional, porque la investigación se limita a caracterizar y describir las variables en estudio y ver la existencia de la relación entre variables. Es transversal porque la recolección de datos se obtendrá en un determinado tiempo.

2.2 Diseño de la Investigación

Diseño correlacional Examina “la relación o asociación existente entre dos o más variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio”. (Cauas, 2006)

El presente estudio se esquematiza de la siguiente manera:



Donde:
M = Muestra.

O_1 = Variable 1

O_2 = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio.

2.3 Variables y Operacionales

2.3.1 Variables

Identificación de Variables

V1: Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus

V2: Calidad de vida

Definición conceptual

V1: Adherencia tratamiento de la diabetes mellitus: “Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del tratamiento, de la relación interpersonal paciente-personal de salud y la Educación al paciente”. (Ardilla, 2008, p.10)

V2: Calidad de vida: “Es la percepción que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes”. (Ardilla, 2008, p.10).

2.3.2. Operacionalización de variables

V1: Adherencia al tratamiento: “Se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de la interacción con el personal de salud, del tratamiento y educación”. (Ardilla, 2008, p.10)

V2: Calidad de vida: “Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, influenciados por los aspectos físicos, psicológicos y sociales”. (Ardilla, 2008, p.10)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFICION OPERACIONAL		
			DIMENSIONES	INDICADORES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del tratamiento, de la relación interpersonal paciente-personal de salud y la Educación al paciente. (Ardilla, 2008, p.10)	Se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de la interacción con el personal de salud, del tratamiento y educación.	TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (1-9)	CONTROLL DE GLICEMIA 1,2,3,4 MEDICAMENTO ORAL 5,7 MEDICAMENTO INYECTABLE 6,8,9
			TRAMIENTO NO FARMACOLOGICO (10-20)	PLAN ALIMENTARIO -DIETA 10,11,12,13,14 ACTIVIDAD FISICA-EJERCICIO 15.16.17.18 HABITOS SALUDABLES 19,20
			RELACION PERSONAL DE SALUD - PACIENTE 21-26	RELACION INTERPERSONAL 22,25,26 COMUNICACIÓN 21,23,24
			EDUCACION	INFORMACION 27,28,29,30.31

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL		
			DIMENSIONES	INDICADORES
CALIDAD DE VIDA	Es la percepción que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, e inquietudes. Está influenciada de modo complejo por el bienestar físico, psicológico y social. (Ardilla, 2008, p.10)	Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, influenciados por los aspectos físicos, psicológicos y sociales.	BIENESTAR FISICO (1-27)	ENERGIA Y MOVILIDAD (1-13) CONTROL DE GLUCOSA (14-24) FUNCIONAMIENTO SEXUAL (25-27)
			BIENESTAR PSICOLOGICO (28-34)	ANSIEDAD (8-31) PREOCUPACION (32-34)
			BIENESTAR SOCIAL (35-40)	DESEMPEÑO LABORAL (35-37) APOYO FAMILIAR (38-40)

2.4 Población y Muestra

2.4.1 Población

La población es un conjunto de individuos que tiene ciertas características o propiedades que son las que se desean estudiar. “Cuando se conocen el número de Individuos que componen se habla de una población finita y cuando no se conoce se habla de una población infinita”. (Burns, Grove, 2010)

Universo: Pacientes con diabetes mellitus tipo II tratados C.S. Pomalca durante los meses de enero a abril 2018. Que asistieron al control en el Centro de Salud de Pomalca programa de Enfermedades no Transmisibles –Diabetes es de 25 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

a.-Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que son atendidos en del Centro de salud Pomalca. (El programa de Enfermedades no transmisibles –Diabetes)
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de ambos sexos
- Paciente con diabetes mellitus tipo2 con diferentes grados de instrucción
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que quieran formar parte del estudio, previa explicación y firma del consentimiento informado.

b.- Criterios de exclusión

- Pacientes con diabetes gestacional
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1.
- Pacientes con alguna dificultad física o mental que le impida llenar el cuestionario.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo2 que no deseen participar en el estudio

2.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.5.1. Técnicas de recolección de datos

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

cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

2.5.2 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema o hipótesis. El cual fue aplicado en forma personal a cada paciente con diabetes mellitus tipo 2 que se controla en el Centro de Salud de Pomalca (El Programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes); en el que se trabajó con un cuestionario para cada variable.

a.-En la variable de adherencia al tratamiento se trabajó con el cuestionario llamado: cuestionario la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (anexo 01) que contiene 31 ítems cerrados que agrupan a cuatro dimensiones:

Tratamiento farmacológico: Control de Glicemia (ítems: 1, 2, 3,4)
Medicamento Oral (ítems: 5,7) y Medicamento Inyectable: (ítems: 6,8, 9).

Tratamiento no farmacológico: Plan alimentario -Dieta (ítems: 10, 11,12, 13,14) Actividad física- Ejercicio (ítems: 15.16.17.18), Hábitos saludables (ítems: 19,20).

Relación personal de salud –paciente: Relación interpersonal (ítems: 22, 25,26), Comunicación (ítems: 21, 23,24).

Educación: Información (ítems: 27,28, 29, 30,31).

Los pacientes respondieron el grado de adherencia al tratamiento el paciente con diabetes mellitus tipo2, colocando una (x) la opción que crea conveniente: **N:** Nunca, **AV:** A veces, **S:** Siempre, cuya a escala de valores con amplitud de rango de tres categorías:

Nunca..... .01 puntos

A veces..... .02 puntos

Siempre..... 03 puntos

Puntaje máximo del instrumento: 93 puntos

Puntaje mínimo del instrumento: 31 puntos

Presentando la siguiente clasificación:

- Bueno..... 63– 93 puntos
- Regular..... 32 – 62 puntos
- Bueno..... 00 – 31 puntos

Estos instrumentos previamente serán sometidos a las pruebas de validez y confiabilidad para su aplicación.

b.-En la variable calidad de vida se trabajó con el cuestionario llamado cuestionario la calidad de vida en el paciente diabético (Anexo 02) que contiene 40 ítems cerrados que agrupan a tres dimensiones:

Bienestar físico:

Energía y movilidad (13 ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,) Control de la Diabetes: (13 ítems: 14,15,16, 17, 18, 19, 20, 21,22, 23 24,25,26,27) y Funcionamiento Sexual (4 ítems: 28, 29, 30,31).

Bienestar Psicológico: Ansiedad (4 ítems: 28, 29, 30,31) y Preocupación (4 ítems: 32, 33, 34, 35).

Bienestar Social: Apoyo familiar (4 ítems: 35, 36, 37, 38) y Desempleo laboral (3 ítems: 38, 39,40).

Los pacientes respondieron qué tanto está afectada su calidad de vida durante la última semana, por la acción o calidad que expresa cada ítem, colocando una (x) que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 3, cuya escala de valores es el número el número 1 indica que no le afecta nada y hasta llegar al máximo, que es el número 3, que indica altamente afectado

No le afecta nada..... 01 puntos

Regularmente afectada..... 02 punto

Altamente Siempre..... 03 puntos

Puntaje máximo del instrumento: 120 puntos

Puntaje mínimo del instrumento: 40 puntos

Presentando la siguiente clasificación:

- Calidad de vida Optima.....00– 40 puntos
- Regular calidad de vida.....41 – 80 puntos

- Deficiente calidad de vida..... 81 – 120 puntos.

2.5.3 validez y confiabilidad

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, donde participaron profesionales especialistas (3) cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento de recolección de datos.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba del Alfa de Cronbach, cuyos resultados fueron los siguientes:

VARIABLE ADHERENCIA:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,814	31

VARIABLE CALIDAD

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	40

Después de aplicar los cuestionarios de las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida, los valores de Alfa de Cronbach de ambas variables son mayores que 0.07, lo que indica que ambos instrumentos son confiables.

2.6. Métodos de Análisis

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

2.6.1 Análisis estadístico e interpretación de los datos

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

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

“El significado del coeficiente de correlación de Pearson es una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. A diferencia de la covarianza, la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables”. (Hernandez, 2010)

De manera menos formal, podemos definir el coeficiente de correlación de Pearson como un índice que puede utilizarse para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas.

El valor del índice de correlación varía en el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación:

Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.

Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.

Si $r = 0$, no existe relación lineal. Pero esto no necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.

Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.

Si $r = -1$, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

2.7. Aspectos éticos

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

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

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

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

CAPITULO III

RESULTADOS

III.RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través del Cuestionario para la medición el grado de adherencia al tratamiento, siendo estos datos tabulados. La muestra está compuesta por 25 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Dentro de los datos generales se encontró del grupo etario 14 paciente adulto y 11 pacientes adulto mayores; donde 14 eran de sexo femenino y 11 de sexo masculino.

TABLA 1

Adherencia al tratamiento en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca

NIVELES ADHERENCIA	f	%
Bajo	0	0
Regular	19	76
Bueno	6	24
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca 2018

Interpretación

En la tabla 1 de acuerdo a los resultados, observamos que el 24% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 76% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el tratamiento farmacológico ,no farmacológico , la relación entre el personal de salud y paciente es regular además el nivel educativo también se encuentra en este nivel por último ninguno (0%) se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en adherencia al tratamiento.

FIGURA N°1 Adherencia al tratamiento en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.



TABLA 2

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca

Niveles DIV1	F	%
Bajo	3	12
Regular	11	44
Bueno	11	44
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla 2 de acuerdo a los resultados, observamos que el 44% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del tratamiento farmacológico en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 44% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el control de glicemia ,medicamento oral se encuentra entre lo bueno y regular además el medicamento inyectable también se encuentra en este nivel y por último el 12% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la dimensión del tratamiento farmacológico en la adherencia.

FIGURA N° 2 Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca

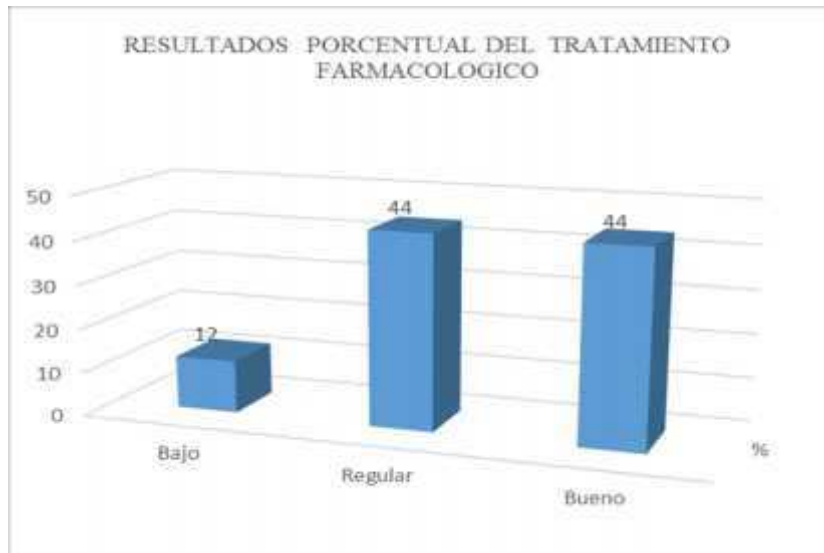


TABLA 3

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

Niveles D2V1	f	%
Bajo	3	12
Regular	21	84
Bueno	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla N 3 de acuerdo a los resultados, observamos que el 4% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del tratamiento no farmacológico en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 84% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el plan alimentario-dieta, actividad física –ejercicios es regular además los hábitos saludables como fumar y consumir alcohol también se encuentra en este nivel y por último el 12% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la dimensión del tratamiento no farmacológico en la adherencia.

FIGURA N° 3 Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.



TABLA 4

Adherencia al tratamiento según la dimensión Relación personal de salud- paciente de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

NIVELES D3V1	f	%
Bajo	2	8
Regular	16	64
Bueno	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla N 4 de acuerdo a los resultados, observamos que el 28% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la relación entre el personal de salud y el paciente en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 64% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que la relación interpersonal y la comunicación es regular y por último el 8% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la relación del personal de salud –paciente en la adherencia.

FIGURA N°4 Adherencia al tratamiento según la dimensión relación personal de salud- paciente de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.

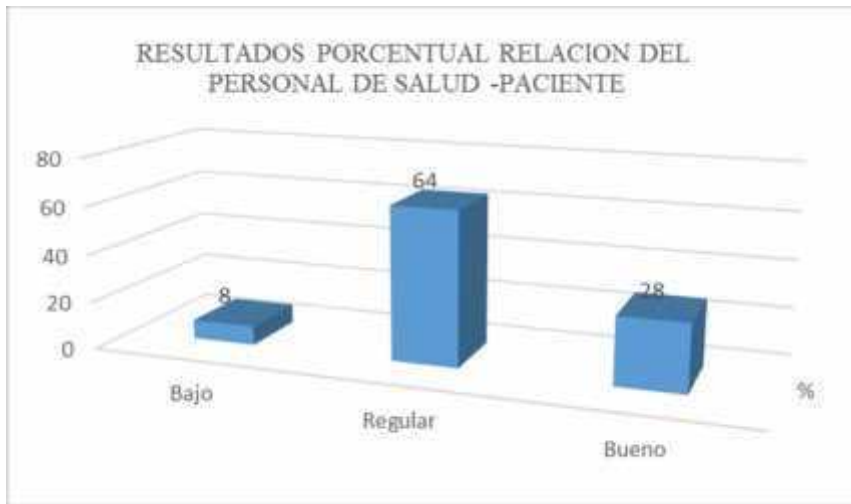


TABLA 5

Adherencia al tratamiento según la dimensión en educación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de pomalca.

NIVELES D4V1	f	%
Bajo	2	8
Regular	20	80
Bueno	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla 5 de acuerdo a los resultados, observamos que el 12% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión educación en adherencia al tratamiento, luego tenemos un 80% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que la información que se le brinda al paciente es regular y por último el 8% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la educación en la adherencia.

FIGURA N° 5 Adherencia al tratamiento según la dimensión en educación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.

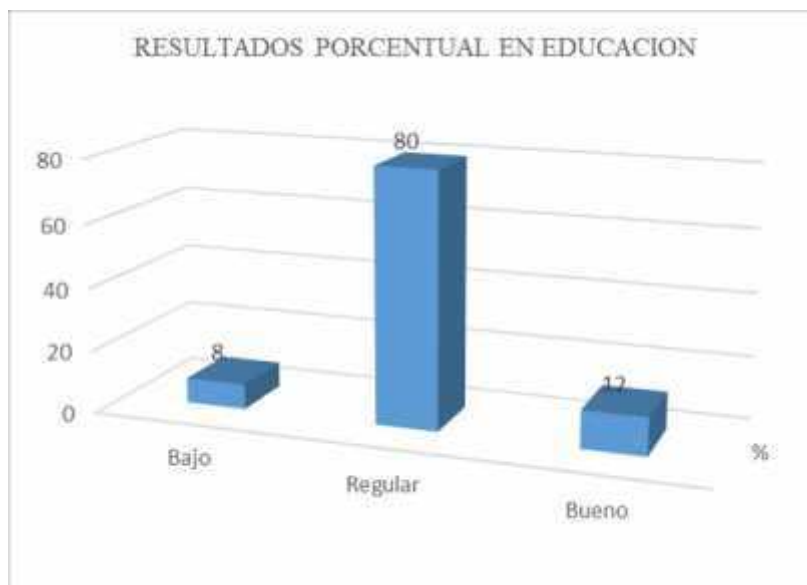


TABLA N 6

Calidad de vida en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca

NIVEL CALIDAD	f	%
Bajo	0	0
Regular	23	92
Bueno	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de la calidad de vida aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla N 6 de acuerdo a los resultados, observamos que el 8% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la calidad de vida en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, luego tenemos un 92% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos

lleva asumir que el bienestar físico y psicológico es regular además el bienestar social también se encuentra en este nivel y por último ninguno (0%) se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la calidad de vida en los paciente con diabetes mellitus tipo 2.

FIGURA N°6 Calidad de vida en relación con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.



TABLA 7

Calidad de vida según la dimensión bienestar físico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

NIVELES DIV2	f	%
Bajo	0	0
Regular	23	92
Bueno	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de la calidad de vida aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla N 7 de acuerdo a los resultados, observamos que el 8% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del bienestar físico en la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2, luego tenemos un 92% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que la energía – movilidad y control de glucosa es regular además el funcionamiento sexual también se encuentra en este nivel y por último ninguno (0%) se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la dimensión del bienestar físico en la calidad de vida.

FIGURA N° 7 Calidad de vida según la dimensión bienestar físico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.



TABLA 8

Calidad de vida según la dimensión bienestar Psicológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca 2018.

NIVELES D2V2	f	%
Bajo	3	12
Regular	17	68
Bueno	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de la calidad de vida aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

En la tabla N 8 de acuerdo a los resultados, observamos que el 20% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del bienestar físico en la calidad de vida del

paciente con diabetes mellitus tipo 2, luego tenemos un 68% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que la ansiedad es regular además la preocupación también se encuentra en este nivel y por último el 12% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en a la dimensión del bienestar físico en la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

FIGURA N°8 Calidad de vida según la dimensión bienestar psicológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de Pomalca.

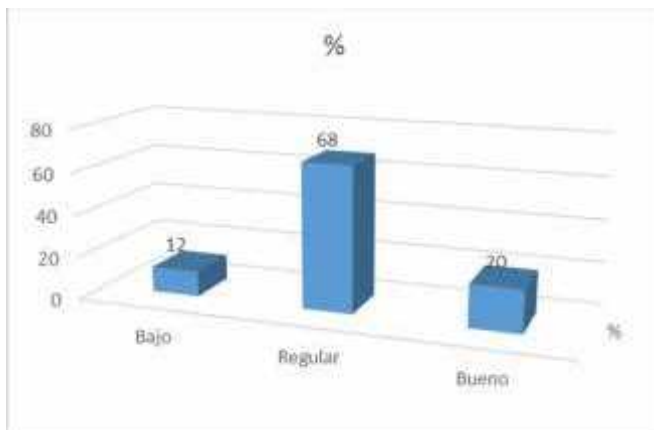


TABLA 9

Calidad de vida según la dimensión bienestar social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

NIVELES D3V2	f	%
Bajo	1	4
Regular	17	68
Bueno	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: Cuestionario de la calidad de vida aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud de Pomalca.

Interpretación

Tabla N 9 de acuerdo a los resultados, observamos que el 28% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión bienestar social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 D3V2, luego tenemos un 68% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el desempeño laboral es regular además el apoyo familiar también se encuentra en este nivel y por último el 4% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos

dos últimos resultados con deficiencias en la dimensión bienestar social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

FIGURA N°9 Calidad de vida según la dimensión bienestar social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de pomalca

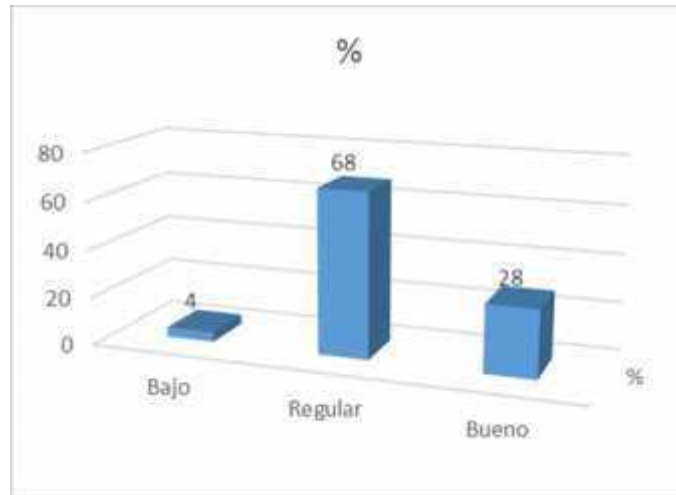


TABLA 10

Resultados de correlación de las dimensiones de la adherencia al tratamiento con las dimensiones de la calidad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

Div1 y Div2	Correlación "r"
D1V1-D1V2	0.26264744
D1V1-D2V2	-0.0431938
D1V1-D3V2	0.21184644
D2V1-D1V2	0.07941545
D2V1-D2V2	-0.1888023
D2V1-D3V2	-0.1470062
D3V1-D1V2	0.09634468
D3V1-D2V2	0.24402981

D3V1-D3V2	0.08686029
D4V1-D1V2	0.04598335
D4V1-D2V2	0.21317031
D4V1-D3V2	-0.0160201

Interpretación

Observamos que toda la dimensión tiene relación directa, pero débil a continuación mencionamos:

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar físico es 0.26364744 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico en relación con la de Calidad de vida según la dimensión del bienestar social es 0.21184644 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar físico 0.07941545 es en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la relación entre el personal de la salud y el paciente en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar físico es 0.09634468 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la relación entre el personal de la salud y el paciente en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar psicológico es 0.24402981 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la relación entre el personal de la salud y el paciente en relación con la Calidad de vida según la dimensión del

bienestar social es 0.08686029 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la educación en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar físico 0.04598335 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca 2018.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la educación en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar psicológico es 0.21317031 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca 2018.

Que tienen relación inversa a continuación detallamos

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar psicológico es -- 0.0431938 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca 2018.

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar psicológico es- 0.1888023 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento no farmacológico en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar social es- 0.1470062 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

Adherencia al tratamiento según la dimensión de la educación en relación con la Calidad de vida según la dimensión del bienestar social es -0.0160201 en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de Salud de Pomalca.

TABLA 11

Resultados de emparejamiento de adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Centro de salud de Pomalca.

Adherencia	Calidad
56	89
70	85
74	98
54	89
76	75
72	82
71	83
55	74
72	88
82	81
58	73
68	89
69	106
65	83
63	87
74	88
73	90
62	75
77	78
70	92
74	84
68	88
70	89
61	79
72	78

Interpretación

Observamos que aplicando la correlación de Pearson r entre ambas variables salió 0.13624637, resultando la misma, directa pero débil, este resultado nos lleva asumir que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Pomalca, demostrando así la hipótesis de la presente investigación.

IV. DISCUSION

Al realizar el estudio se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida. Análisis de los resultados de acuerdo con el planteamiento de la investigación y los objetivos trazados, se hizo el análisis respectivo para contrastar las Hipótesis planteadas en esta investigación, determinar la relación entre la adherencia la al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes diabéticos aplicando la correlación de Pearson entre ambas existe relación directa (0.13624637), Según Molina Yulisa (2008)

En el presente estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” enero- febrero 2008, concluye que “se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación”. (p.44)

Con respecto al adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. de acuerdo a los resultados, observamos que el 24% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 76% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el tratamiento farmacológico ,no farmacológico , la relación entre el personal de salud y paciente es regular además el nivel educativo también se encuentra en este nivel por último ninguno (0%) se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en adherencia al tratamiento.

Según el Custodio R y Santamaría L (2016) en Lambayeque realizo un estudio titulado “Calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles- Diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2016”. Afirma: “Los resultados mostraron regular calidad de vida en un 50.03% (23) con una regular adherencia al tratamiento representado por el 42.87%(22). Según la correlación de $P=0.01 < 0.05$, se encontró que la calidad de vida presenta una relación positiva con la adherencia al tratamiento. Así mismo el estudio de Molina 2008 afirma que obtuvo una regular adherencia al tratamiento en Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación”.

Estudio entre los pacientes con DM2 con la adherencia al tratamiento en general, el tratamiento de esta patología tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en

la persona que la padece, evitando la sintomatología en situaciones como la descompensación ocurrida por hiperglucemia o las complicaciones agudas o crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad.

Continuando con la Adherencia al tratamiento según la dimensión del tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la tabla 2 de acuerdo a los resultados, observamos que el 44% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del tratamiento farmacológico en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 44% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el control de glicemia ,medicamento oral se encuentra entre lo bueno y regular además el medicamento inyectable también se encuentra en este nivel y por último el 12% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la dimensión del tratamiento farmacológico en la adherencia.

Después de aceptar un tratamiento farmacológico, existe aún un rechazo de los pacientes hacia la forma de administración y la cantidad de medicación a la que deben acostumbrarse, es por eso que el buen manejo farmacológico depende a la vez de varios factores propios del medicamento como son los efectos secundarios que puedan producir y estos se corregiría si se realizará control de glicemia r, el patrón de administración que puede ser oral e inyectable.

Según Troncoso et al. (2012) en el estudio adherencia al tratamiento en los pacientes diabético tipo 2, concluye “tratamiento farmacológico es percibido como necesario y sería seguido en forma adecuada por las personas que participaron en este estudio”. (p.15)

“Sin embargo, existen algunos pacientes que presentarían intolerancia a los fármacos o su estado de deterioro, secundario al descontrol de su patología, es más avanzado por lo que no realizan en forma adecuada. Su ingesta de fármacos”. (Troncoso et al. 2012, p 11)

Por otro lado también se tiene la dimensión del tratamiento no farmacológico en la adherencia al tratamiento, en la tabla N 3 de acuerdo a los resultados, observamos que el 4% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión del tratamiento no farmacológico en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 84% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que el plan alimentario-dieta, actividad física –ejercicios es regular además los hábitos saludables como fumar y consumir alcohol también se encuentra en este nivel y por último el 12% se ubica en el

nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la dimensión del tratamiento no farmacológico en la adherencia.

Según Troncoso et al. (2012) concluye “Los usuarios con DM2 atendidos en forma ambulatoria no presentan una buena adherencia al tratamiento no farmacológico de su patología., donde la dieta y los ejercicios no son percibidos como parte del tratamiento”. (p.12)

“Estos se debería La dieta es percibida como necesaria para su manejo terapéutico, sin embargo, no es realizada en forma adecuada se identifica la situación económica de los usuarios y la limitada disponibilidad horaria para seguir su régimen”. (Troncoso et al. 2012, p 11)

“El ejercicio físico no es percibido como parte de la terapia por los entrevistados. Se identifica su importancia, pero relacionado al control de peso corporal y como parte de actividades recreacionales”. (Troncoso et al. 2012, p 11)

Según la dimensión de la relación entre del personal de salud y el paciente en la adherencia al tratamiento en la tabla 4 que de acuerdo a los resultados, observamos que el 28% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la relación entre el personal de salud y el paciente en la adherencia al tratamiento, luego tenemos un 64% que se encuentran en el nivel regular estos resultados nos lleva asumir que la relación interpersonal y la comunicación es regular y por último el 8% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la relación del personal de salud –paciente en la adherencia.

Como indica Gil et al. (1992) estas deficiencias “van a repercutir negativamente sobre el recuerdo y la comprensión de la información proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibido”. En el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento.

Es muy importante que cuenten con habilidades sociales destinadas a mejorar la relación con sus pacientes. “La mejor estrategia para conseguirlo es a través del entrenamiento en habilidades sociales, ya que, aunque muchos profesionales son conscientes de las deficiencias en habilidades sociales que exhiben con sus pacientes son incapaces de reformular su estilo habitual y necesitan que otros profesionales entrenados les adiestren”. (Hernandez, 2010)

La importancia de la relación C.S.-paciente fue puesta ya de manifiesto por Hipócrates en el siglo IV a.C. "El paciente, aún consciente de la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fe en el buen hacer de su médico".(Troncoso et al. 2012, p 11)

Así mismo de tenemos la adherencia al tratamiento según la dimensión de la educación, se observa en la tabla En la tabla 5 de acuerdo a los resultados, observamos que el 12% se encuentra en el nivel bueno en cuanto a la dimensión educación en adherencia al tratamiento, luego tenemos un 80% que se encuentran en el nivel regular estos resultados estos resultados nos lleva asumir que la información que se le brinda al paciente es regular y por último el 8% se ubica en el nivel bajo, indicando con éstos dos últimos resultados deficiencias en la educación en la adherencia.

Lun J, Brammer J, Creedy. (2012) refiere estudios de revisión sistemática indican que “un aumento de conocimiento y refuerzo de la importancia de adherencia a la medicación fue útil para promoverla. Las sesiones de educación permiten a los individuos reforzar la información y a los educadores identificar las barreras de la adherencia a la medicación”. Las intervenciones educativas centradas en las estrategias de autoevaluación parecen tener más probabilidades de lograr resultados positivos.

Casanova M, Bayarre H, Navarro D, et al (2015) refiere la importancia de “la participación activa del paciente como responsable de su estado de salud apoyado por el personal de salud, no solo en sus necesidades de atención médica sino también en las educativas, tomando en cuenta que educar no es sencillamente informar, dar una serie de datos; más bien es capacitar, ayudar a desarrollarse, estimular y conseguir que la información se revierta en motivación”. (p.15)

“El personal de salud puede actuar a través de la promoción de salud apoyándose en cinco pilares esenciales: educación, nutrición, actividad física, medicamentos y auto monitoreo de la glucemia; cuyo pilar esencial del tratamiento farmacológico y no farmacológico es la educación, ya que es una herramienta efectiva e inexcusable”. (Hernandez, 2010)

“DM2 es una patología de crecimiento exponencial en los últimos años, por lo que su control es un llamado a intensificarlos programas de salud dirigidos a esta población”. (Hernandez, 2010) Sin Embargo, se presenta una falta de adherencia “al tratamiento, por lo

que esfuerzos realizados por el equipo médico se vienen numerosas ocasiones frustrados ante este escenario”.

“Estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y por, sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología”. (Hernandez, 2010).

V. CONCLUSIONES

Estadísticamente existe relación directa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Pomalca, demostrando así la hipótesis de la presente investigación.

Se identificó que la mayoría de los pacientes mostraron tener un nivel regular de adherencia al tratamiento, influida por diversa dimensiones siendo la de mayor impacto el tratamiento no farmacológico y continuado por una deficiencia en la educación.

Con respecto a la calidad de vida se obtuvo que es regular donde se evidencio que la dimensión más afectada es el bienestar físico y social.

Se evidencia una relación directa, pero débil entre las dimensiones de adherencia al tratamiento y las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Salud Pomalca.

VI. RECOMENDACIONES

El desarrollo de este estudio ayudara al sistema de salud de atención primaria y secundaria para creación programas de prevención para falta de adherencia al tratamiento, enfocándose en concientizar al paciente donde más incide en el tratamiento no farmacológico; este tenga graves efectos en la calidad de vida de ellos.

Sería interesante crear un programa educativo de diabetes mellitus tipo 2 a nivel del Sector Salud y Educación, donde se forme “educadores en diabetes”, el paciente tiene derecho a ser educado por personal capacitado. No solamente debería ser los profesionales de la salud sino también profesores, voluntario, promotores de las comunidades, familiares del diabético y las personas con diabetes puedan participar. así el control de la diabetes y la adherencia al tratamiento puede alcanzar su mayor eficiencia y por ende mejorar la calidad de vida del paciente diabéticos tipo 2. siendo el proceso educativo parte fundamental del tratamiento del paciente diabético.

Dentro de cada institución de salud crear un Club de pacientes con diabetes en los diferentes niveles de atención; donde ellos puedan poder tener más confianza y expresar sin temores sus molestias, afinidad con el tratamiento, adquirir mayores conocimientos también es un factor importante para adherencia al tratamiento la relación entre el paciente -personal de salud.

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Federación Internacional Diabetes. La carga mundial. [Base de datos en línea]. Bélgica, 2011. [Fecha de acceso 05 de diciembre del 2012] .URL disponible en:<http://www.idf.org/diabetessatlas/5e/lacargamundial>.
- 2.-.Ministerio de Salud. Disponible en: http://.mintra.gob.pe/ contenido/ discapacidad/estudio_diabetes_mellitus/puf
- 3.-Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. [Base de datos en línea]. México, 2013. [Fecha de acceso 04 de septiembre del 2015] .URL disponible en:http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/bol_camexc_index.html.
- 4.-Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estado de la Población peruana. [base de datos en línea]. Perú 2015. [Fecha de acceso 12 de marzo del 2015].URL disponible en:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf.
5. Departamento de Epidemiología. C.S de Pomalca – Red Chiclayo-. Perú –Lambayeque; 2017.
6. Ministerio de Salud. “Situación de las Enfermedades No Transmisibles en el Perú”. 2003; (43, 49).
- 7.-Ministerio de Salud. Disponible en: http://.mintra.gob.pe/ contenido/ discapacidad/estudio_diabetes_mellitus/pdf
- 8.- Giacaman J, “Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en el Hospital de Ancud”. [Tesis doctoral]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2010
9. López J, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Salud Publica [Internet] 2010 citado 6May 20108 :200-211.Disponible: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
10. Villalobos A, Pérez J, Sáenz “Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II - versión III (EATDMIII(c)) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica”. Acta Colombiana de Psicología [Internet] 2010 cit; 9:31-38, 2006.Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v9n2/v9n2a04.pdf>
- 11.- Portilla A. “Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento” [cibertesisinternet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011”. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3279>
- 12.- Pebes A, “Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 y Control Preventivo de la Enfermedad en el Hospital Regional de Ica”. Rev.enferm.vanguard.2014; 2(3):70-75

- 13.- Molina Y, (2008) en Lima realizo un estudio de investigación sobre titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Enero-febrero 2008,
- 14.- Hidalgo Carpio. “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con Diabetes: Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre-diciembre 2005”; (116).
- 15.- Custodio R y Santamaría L. “Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles – diabetes. Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2016”. Peru Universidad Señor de Sipan; 2016.
- 16.- Haynes, R. (1979). “Introduction. En: Haynes, R., Taylor, D. y Sackett, D. (eds): Compliance in Health Care” (pp. 1-7). Baltimore: Jons Hopkins University Press.
- 17.- Johnson, S. (1992). “Methodological issues in diabetes research: Measuring adherence”. Diabetes Care, 15 (11), 1658-1667.
- 18.- Glasgow, R., Wilson, W. y McCaul, K. (1985). “Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research”. Diabetes Care (Editorial), 8 (3), 300-301
- 19.- Johnson, S. (1995). “Insulin-Dependent diabetes mellitus in childhood. En: Roberts, M.C. (ed.): Handbook of pediatric psychology (2 ed.)”. (263-285). New York: The Guilford Press.
- 20.-González J, Pérez J, García L, et al. Incumplimiento terapéutico. Rev Calid Asist. 2015; 30(1): 44-50.
21. Urzúa M, Cabrera R, González V, et al. “Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 - EATDM-III”. Rev Médica Chile. 2015; 143(6):733-43.
- 22.-Maria del Carmen Ortego, Santiago López María Lourdes Álvarez Trigueros Ciencias Psicosociales Maté Universidad de Cantabria.
- 23.-Cardona A, Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet].2014;42Disponible:http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm.
- 24.- Mena-Martín FJ, Martín-Escudero JC, Simal-Blanco F, Bellido-Casado J, Carretero-Ares JL. “Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resulta-dos del Estudio Hortega. An Med Interna”. 2006: 23 (8): 357-60.
- 25.-Gaspar. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca; 2010
- 26.-Fernández. Calidad de vida en Potosí. 1a ed. Bolivia: Fundaciones Pieb; 2006.
- 27.-Raile M, Tomey A. “Modelos y teorías en enfermería”.7 ed. España: Elsevier; 2007
- 28.-. Badía X, Lizán L. Estudios de Calidad de Vida. España: Elseiver; 2010

- 29.- Millán M. “Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). Atención primaria”. 2002; 29(8): 517-521.
- 30.-Shallock, Verdugo. Dimensiones e Indicadores de la Calidad de Vida Individual y Familiar. España 2007.
- 31.- Alad.org [internet] “Asociacion latinoamericana de Diabetes. 2015 [citado en enero2015]” Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/>
- 32.- Gonzales J, García Enfermedades no transmisibles. 2 da ed. Perú: Mc Graw Hell, 2008.
- 33.- Castro M, Aguilar S. Complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus. México. Alfil. 2008.
34. Ardilla A. Calidad de vida: una definición integradora. Rev Latinoamericana de Psicología [Internet] 2008; 35:161-164.Disponible:
http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf.
35. Fernández L. Enfermedades metabólicas. 1er ed. Argentina: Sebast ,2007.
- 36.-. Cauas, R. Investigación Cuantitativa.2 a Ed. España; 2006.
37. Hernández, S. Metodología de la investigación. 6ta ed.España: Mc Graw Hill;2010.
38. Fideas G. Arias L: Metodología de la investigación. Madrid: La Muralla; 2012
39. Dugas, B. Tratado de enfermería práctica. 4ta ed.España: Mc Graw- Hill Interamericana; 2008.
40. Burns N, Grove K: Investigación en Enfermería. 3ra ed.España: Elsevier. Saunders; 2010.
41. Castro, M. “El proyecto de investigación y su esquema de elaboración”. 2ª.ed. Brasil; 2008.
- 42.- Lun J, Brammer J, Creedy D. “Effectiveness of educational interventions to promote oral hypoglycaemic adherence in adults with Type 2 diabetes: a systematic review”. JBI Libr Syst Rev. 2011; 9(9):269-312.
- 43.- Casanova M, Bayarre H, Navarro D, et al. Educación diabetológica, adherencia terapéutica y proveedores de salud. Rev Cuba Salud Pública. 2015; 41(4):677-680.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

ANEXO 1: CUESTIONARIO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

EDAD-----

GENERO: Masculino----- Femenino-----

TIEMPO CON EL DIAGNOSTICO-----

OCUPACION-----

OBJETIVO: Identificar Adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca.

Instrucciones:

Las siguientes preguntas se relacionan al grado de adherencia al tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y responder con total sinceridad, para lo cual solicito su colaboración. Marque con un aspa (X) la opción que crea conveniente.

N: Nunca, **AV:** A veces, **S:** Siempre

ASPECTOS A EVALUAR			
	N	AV	S
Tratamiento farmacológico			
1. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? Para tratar su enfermedad?			
2. ¿Cuándo se siente mal? toma su medicación?			
3. ¿Usted asiste al servicio de laboratorio para realizar las pruebas de glucosa mensualmente?			
4. ¿Utiliza el test de glucosa recomendado por su centro de			

salud?			
5. ¿Usted se acuerda de tomar su medicamento cuando se siente bien?			
6. ¿Cuándo esta elevada su glucosa? ¿Se le administra insulina?			
7. ¿Usted toma el medicamento en tabletas?			
8. ¿Usted utiliza el medicamento la insulina?			
9. ¿Usted toma medicamento combinado tabletas /insulina?			
Tratamiento no farmacológico			
10. ¿Consume alimentos recomendados por el Personal del programa?			
11. ¿Usted consume alimentos en base de Harinas, manteca y/o azúcar?			
12. ¿Usted controla su peso?			
13. ¿Consume frutas al menos una vez al día?			
14. ¿Equilibra su alimentación en cinco o seis porciones durante el día?			
15. ¿Realiza actividades Físicas con frecuencia?			
16. ¿Se siente con energías suficientes para realizar sus actividades diarias?			
17. ¿Nota usted resultados favorables después de realizar ejercicios físicos?			
18. ¿Usted realiza diariamente caminatas?			
19. ¿Usted deajo de fumar cigarrillo?			
20. ¿Usted deajo de consumir bebidas alcohólicas?			
Relación paciente- personal de salud			
21. ¿El personal de salud lo ayuda o está pendiente de que cumpla con la medicación?			
22. ¿Con que frecuencia acude .Usted a la consulta para sus controles médicos?			
23. ¿Durante la consulta el personal de salud le orienta sobre su			

enfermedad?			
24. ¿Recibe apoyo moral del personal de salud?			
25. ¿Se siente a gusto Usted en la atención con el equipo de salud?			
26. ¿Usted ha cambiado las relaciones con el equipo de salud durante su enfermedad?			
Educación			
27. ¿Recibe información de la diabetes en el centro de salud?			
28. ¿La diabetes se presenta con la elevación de la glucosa?			
29. ¿La sed intensa, apetito exagerado, orina aumentada en cantidad se presentará como signos y síntomas de la Diabetes?			
30. ¿A través de prueba de sangre se diagnostica la diabetes?			
31. ¿Con mayor frecuencia son afectados por la diabetes algunos órganos los ojos, riñón, la circulación y los pies?			

ANEXO 2: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

ANEXO 2: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

OBJETIVO: Identificar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Pomalca

Instrucciones:

Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el TABLA del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica que no le afecta nada y hasta llegar al máximo, que es el número 3, que indica altamente afectado. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Las siguientes preguntas al Paciente con diabetes mellitus tipo 2: Durante la última semana

¿EN QUÉ MEDIDA SE VIO AFECTADA SU CALIDAD DE VIDA POR LA SIGUIENTES CAUSAS?

1	2	3
No afectado en nada	Regularmente me afectado	Altamente afectado

ASPECTOS A EVALUAR		1	2	3
		ENERGIA Y MOVILIDAD		
1.	Limitación en su nivel de energía (fuerzas			
2.	Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón,			
3.	Sensación de debilidad			
4.	Restricciones sobre la distancia que puede caminar			
5.	Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes			
6.	Andar más despacio que otras personas			
7.	No poder hacer lo que quiera			
8.	Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)			
9.	Sensación de su vitalidad			
10.	.-Problemas al subir las escaleras			
11.	Tener que descansar a menudo o seguido			
12.	La diabetes en general			
13.	En relación a su salud actual			
CONTROL DE LA GLUCOSA				
14.	Tener diabetes			
15.	El horario de los medicamentos para su diabetes			
16.	Visión borrosa o pérdida de visión			

17.	No comer ciertos alimentos (dulces, grasas, gaseosas) para poder controlar su enfermedad			
18.	Seguir con su tratamiento indicado para la diabetes			
19.	tiempo requerido para controlar su diabetes			
20.	El aumento de la azúcar en sangre			
21.	Tener que llevar el control de sus niveles de azúcar en sangre			
22.	La necesidad de tener que comer a intervalo regulares l tiempo requerido para controlar su diabetes			
23.	Complicaciones debidas a su diabetes (ceguera, amputación de piernas, nefropatías ,entre otros			
24.	Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar			
FUNCIONAMIENTO SEXUAL				
25.	Problemas con respecto a su capacidad sexual			
26.	.- La interferencia de la diabetes en su vida sexual			
27.	Menor interés en su vida sexual			
PREOCUPACION				
28.	Preocupaciones por problemas económicos			
29.	Estar preocupado (a) por su futuro			
30.	La vergüenza producida por tener diabetes			
31.	Ser identificado como diabético			
ANSIEDAD				
32.	Tensiones o presiones de la vida			
33.	Sentirse triste o deprimido			
34.	Tener el sueño intranquilo			
APOYO FAMILIAR				
35.	Interferencia de la diabetes con su vida familiar			
36.	Hacer cosas que su familia y amigos no hacen			
37.	No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados			

DESMPEÑO LABORAL				
38.	Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes			
39.	Interferencia con la diabetes con su trabajo			
40.	Limitación asistir a reuniones			

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 3: INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: CHAVESTA ACENAL ROBERTO LUIS
 1.2 Cargo e Institución donde labora: HOSPITAL ALMIRANTE AGUIRRE - CHICLAYO
 1.3 Nombre del Instrumento (activo de evaluación): Encuesta N° 01.02
 1.4 Título de la Investigación: RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 C.S. PERUCCA
 1.5 Autor(es) del Instrumento: MÓSTER, CAROLINA / TURABAL / LUCY STANE POZUELO LÓPEZ
 Estudiantes de doctorado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo-Sede Chiclayo.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.					X
PROMEDIO DE VALIDACION						

Adaptado por:

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 98%. V: OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Ciudad de,

[Firma]
 DR. ROBERTO LUIS CHAVESTA BERNAL
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 3478

Firma del Experto Informante.

DNI N° 16586862 Teléfono N° 943649239

ANEXO 4:



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: FLORES ALEGRE FLOR MARIA
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: HOSP. SAN IGNACIO DE CASPIA
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO / CONTROL DE VIDA
- 1.4 Título de la Investigación: RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA SALUD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DM TIPO 2 C.S. FOMALCA
- 1.5 Autor(es) del Instrumento: WALTER CEBRAL HIRABAC / LUCY JANE PATUOLO LÓPEZ

Estudiantes de doctorado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo-Sede Chiclayo.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.					X
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 98 % V: OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- (X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
- (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Ciudad de,

Firma del Informante:

DNI. N° 32129827 Teléfono N° 999551498

ANEXO 5:



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Maria Elena Velazquez
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: HRP. Srta. Ileana de Casma
- 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta N° OPINIÓN DE LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO CALIDAD VIDA
- 1.4 Título de la Investigación: RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON AM.TIPI 2 - C.S. Rmalo
- 1.5 Autor(es) del instrumento: MAESTER CARRATAL MIRABEL / LUCY JANE PATIÑO LÓPEZ

Estudiantes de doctorado de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo-Sede Chiclayo.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al evanar de la ciencia y la tecnología.				X	
4. ORGANIZACION	Existe una organización logica.			X		
5. SUPICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.				X	
8. COHERENCIA	Entre los indices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación.					X
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90 % V: OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 (X) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
 (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Lugar y fecha: Ciudad de,

Casma 16 de Julio 2017

[Firma]
Firma del Experto Informante.

DNI. N° 32946126 Teléfono N° 921843669

ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : T08-PP-PE-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 2
--	--	---

Yo Walter Ernesto Carbajal Mirabal, identificado con DNI N° 42153829, egresado de la Escuela Profesional de Posgrado, del programa de maestría de Gestión de Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, autorizo No autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD POMALCA": en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA

DNI: 42153829

FECHA: 27 de agosto del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

ANEXO 7. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 2 de 2
---	--	---

Yo Lucy Jana Pajuelo López, identificado con DNI N° 32953934, egresado de la Escuela Profesional de Posgrado, del programa de maestría de Psicología Educativa de la Universidad César Vallejo, autorizo . No autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD POMALCA"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822: Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA

DNI: 32953934

FECHA: 27 de agosto del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

ANEXO 8. ACTA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, María Elena Cotrina Cabrera, Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante, Br. LUCY JANE PAJUELO LÓPEZ – Br. WALTER ERNESTO CARBAJAL MIRABAL, titulada **RELACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD POMALCA**

Constato que la misma tiene un índice de similitud de 24. % verificable en el reporte de originalidad del programa *Tumitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 09 de agosto del 2018



Dra. María Elena Cotrina Cabrera
DNI: 16702840