

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus
tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de
consulta externa Hospital Octavio Mongrut - 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Sonia Betsabe VARILLAS CUENTAS

ASESOR

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima - Perú

2015

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT- 2015**

A Dios, por el don de la vida y la fuerza que me provee día a día para lograr mis objetivos.

A mi familia por su gran apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera y realización profesional.

A mi esposo el gran amor de mi vida, quien me acompaña día a día, me da fuerza y confianza para seguir adelante.

A nuestra Alma Mater, la UNMSM por la oportunidad que nos brinda en el desarrollo y crecimiento profesional.

A la Lic. Juana Durand Barreto por su paciencia, por sus enseñanzas y valioso aporte en el presente trabajo de investigación.

Al Dr. Adler Gil, Director del Hospital Octavio Mongrut por todas las facilidades brindadas para la realización del presente estudio. A mis compañeros de labores por su apoyo para concluir mis estudios de Enfermería en Nefrología.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Formulación del Problema	8
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos	9
1.4.1. Objetivos Generales	9
1.4.2. Objetivos Específicos	9
1.5. Propósito	9
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica	17
2.3. Definición Operacional de Términos	39
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	40
3.2. Lugar de Estudio	40
3.3. Población de Estudio	41
3.4. Muestra y Muestreo	41
3.5. Criterios de Selección	41
3.6. Técnicas e Instrumentos	41
3.7. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la Información	42
3.8. Consideraciones Éticas	42
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	43
4.2. Discusión	48
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	57
5.2. Limitaciones	59
5.3. Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015.	44
2.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según la dimensión física en el servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015.	45
3.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según la dimensión social en el servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015.	46
4.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según la dimensión psicológica en el servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015.	47

RESUMEN

AUTOR: SONIA BETSABE VARILLAS CUENTAS

ASESOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

El **Objetivo** fue determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015.

Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario SF 12, que se aplicó previo consentimiento informado.

Resultados. Del 100% (60), 57% (34) es medianamente adecuada, 28% (17) inadecuada y 15% (9) adecuada; en la dimensión física 77% (46) medianamente adecuada, 13% (8) adecuada y 10% (6) inadecuada; en la dimensión social 58% (35) medianamente adecuada, 24% (14) inadecuada y 18% (11) adecuada; en la dimensión psicológica 75% (45) es medianamente adecuada, 13% (8) inadecuada y 12% (7) adecuada. **Conclusiones.** El mayor porcentaje de los pacientes expresan que la calidad de vida es medianamente adecuada, ya que su salud algunas veces es buena, tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas; seguido de un menor porcentaje significativo que dicen que es inadecuada ya que no se siente calmado y tranquilo, la presencia de dolor dificulta su trabajo y con frecuencia no tiene mucha energía; mientras que un mínimo porcentaje expresa que es adecuada, ya que la salud física o problemas emocionales no le han dificultado sus actividades sociales y no se siente desanimado y deprimido.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida. Pacientes diabéticos con Insuficiencia renal.

SUMMARY

AUTHOR: SONIA BETSABE VARILLAS CUENTAS

ADVISORY: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The **objective** was to determine the quality of life of patients with type II Diabetes Mellitus and Chronic Renal Failure in the external consultation of Octavio Mongrut Hospital service. 2014. **Material and Method.** The study was of application level, quantitative, descriptive cross-sectional method. The population was comprised of 60. The technique was the survey and the questionnaire 12 SF instrument, which was applied prior informed consent. **Results.** 100% (60), 57% (34) is fairly adequate, 28% (17) inadequate and 15% (9) proper; in the dimension physical 77% (46) fairly adequate, 13% (8) properly and 10% (6) inadequate; in the dimension social 58% (35) fairly adequate, 24% (14) inadequate and 18% (11) proper; in the 75% psychological dimension (45) is fairly adequate, 13% (8) inadequate and 12% (7) proper. **Conclusions.** The highest percentage of the patients expressed that quality of life is fairly adequate, since your health sometimes is good, had to stop doing some tasks in their work or daily activities; followed by a less significant percentage who say it is inappropriate since not feeling calm and quiet, the presence of pain makes his work and frequently does not have much energy; While a minimal percentage expressed that it is appropriate, longer than health physical or emotional problems not have hindered you your social activities and do not feel discouraged and depressed.

KEYWORDS: Quality of life. Diabetic patients with renal failure.

PRESENTACION

El incremento de las enfermedades crónicas degenerativas durante los últimos años; dentro del cual las afecciones endocrinas como la diabetes y las enfermedades renales como la insuficiencia crónica renal, entre otros; puede ocasionar serios cambios y/o modificaciones en su calidad de vida en los diferentes aspectos de la vida del individuo que la padece, es decir en el ámbito no solo físico, sino también psicológico, social, espiritual y emocional que puede incorporar a la familia y su entorno social.

En ese sentido ante la imposibilidad de curar las enfermedades crónicas, los expertos han optado por realizar valoraciones de la calidad de vida en los pacientes con diferentes patologías; entre ellas la Diabetes Mellitus e Insuficiencia renal crónica, a fin de obtener datos más específicos que apoyen para orientar en la provisión de servicios, programas y analizar de qué manera la enfermedad afecta la vida de las personas (1).

La calidad de vida está estrechamente relacionada con la salud, aunque es claro que la vida de cada persona con diabetes es única, los que la padecen saben que en algún momento de su vida puede afectarles más o menos, dependiendo de los cuidados que cada uno de ellos aporte a su problema de diabetes y sus complicaciones una vez que éstas se hacen presentes. Así la Insuficiencia renal crónica no difiere de otras enfermedades crónicas degenerativas que han visto su incidencia aumentar significativamente a lo largo de la última década debido a la transición epidemiológica.

Por lo que las personas con diabetes se sienten abrumadas por la enfermedad y el cuidado demandado para su control, las cargas relacionadas con la salud que la enfermedad impone son físicas, emocionales, sociales y económicas entre otras, de ahí que el impacto de la enfermedad sea un tema de interés para algunos investigadores; toda vez que se considera a la diabetes mellitus tipo II asociada a la insuficiencia renal crónica como una patología de alto costo, con un fuerte impacto económico que causan efectos dramáticos sobre la calidad de vida de los pacientes y su familia incluidas las repercusiones laborales, ya que muchos de ellos terminan en procedimientos de hemodiálisis, diálisis peritoneal e incluso en la lista para ser trasplantados, que se encuentran en espera de donantes (2).

Por lo que el profesional de Enfermería que labora en los servicios de consulta externa en nefrología debe identificar precozmente los efectos que puede traer consigo la diabetes y la insuficiencia renal crónica sobre la homeostasia bio psico social, haciendo énfasis en los aspectos de la vida diaria, relaciones sociales, laborales y familiares desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones; que le permita realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando el usuario.

El presente estudio “Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia Renal crónica en el servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut -2015”, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e insuficiencia Renal Crónica en el servicio de consulta externa del Hospital Octavio Mongrut. Con el propósito de que los resultados proporcione información actualizada a las autoridades de la institución

y del servicio a fin de que se formule estrategias orientadas a promover en los pacientes y familia la adopción de conductas saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida, desde una perspectiva integral, que incluya valores, creencias y percepciones; así como adaptarse y/o minimizar el impacto de la enfermedad sobre la esfera física, social y psicológica.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, en el cual se expone la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que incluye antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que comprende el nivel y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta la referencia bibliografía, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. SITUACION PROBLEMÁTICA

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que se produce por la presencia de hiperglicemia crónica, que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta en la secreción y/o acción de la insulina, la misma que conduce a una serie de manifestaciones a corto o largo plazo (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se estima más de 346 millones de personas con diabetes, según la federación internacional de diabetes en las américas esa cifra podría incrementarse el 50% en el periodo 2000-2030 lo que equivale a que el número de personas con diabetes podría incrementarse de 55 a 83 millones. Se calcula que el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas y más del 80% se registran en países de ingresos bajos, medios y casi la mitad de esas muertes corresponden a personas menores de 70 años siendo el 55 % mujeres (4).

La Diabetes Mellitus es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo, con cerca de 30 millones de diabéticos en el planeta, se estima, además, que la mitad de los afectados desconocen su situación por padecerla en grado leve y que cerca del 40% de las personas obesas sufren de diabetes, sin saberlo.

Las cifras hablan por sí mismas, la diabetes es el problema endocrino más grande del siglo XXI, en definitiva, una enfermedad en la que el

control de la dieta es la piedra angular de los tratamientos y en la que la alimentación está directamente implicada la diabetes del tipo II, aparte de existir una cierta predisposición genética, se debe fundamentalmente a factores alimentarios y aun excesivo sedentarismo(5).

En el año 2010, se han registrado 55.4 millones de personas con Diabetes que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y Sur y 37.4 millones en Norte América y El Caribe.

En el Perú la diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003, la OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030 (6).

En el 2007, se registraron en los hospitales de Ministerio de Salud (MINSa); 49,022 días de hospitalización por diabetes, bajo este contexto alarmante y preocupante ya que el incremento de la diabetes se debe a la mala alimentación (consumo de comida chatarra, dietas hipercalóricas o hiperglucosadas), el sedentarismo y la poca importancia que le dan a las enfermedades crónicas no trasmisibles los organismos regulares de la salud lo cual hace que las personas ignoren el alto riesgo vascular de estas dolencias, aunque en los últimos años esto está cambiando (7).

El mayor número de casos de personas afectadas por la diabetes se concentra en zonas costeras como: Lima, Piura e Ica, mientras que en lugares de la Sierra y Selva la prevalencia disminuye a medida que nos alejamos del nivel del mar, pero a causa de las costumbres adquiridas

consumo de comida chatarra, sedentarismo, etc.) y la modernización cada vez hay más casos nuevos de diabetes en estas regiones.

Por ser una enfermedad crónica el tratamiento y control de estos pacientes es de por vida, sin embargo, más del 50% de ellos abandonan o no se adhieren al tratamiento farmacológico ni cumplen las dietas indicadas por el médico y están más expuestos a presentar complicaciones como; enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías coronaria) al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente el 2% de los pacientes se quedan ciegos y un 10 % sufren un deterioro grave de la visión, neuropatía diabética, nefropatía diabética, insuficiencia renal y pie diabético (8).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otra (9).

Hasta la aparición de las técnicas de sustitución de la función renal, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) era un proceso irreversible y terminal en un plazo relativamente corto y sólo a partir de la década del 60 con el uso de distintos métodos como hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DPCA) y por último el trasplante renal, la cual se logra conservar la vida de estos pacientes (10).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo (17). El número de pacientes con IRCT

tratados mediante hemodiálisis (H.D.) ha experimentado un significativo aumento en América Latina, reflejando las tendencias de naciones más desarrolladas.

En Latinoamérica los estudios relacionados a datos de la última fase de la insuficiencia renal crónica (Grado IV. terminal). Siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país en función de sistema de salud que rige la cobertura de tratamiento de diálisis, así por ejemplo en Puerto Rico esta tasa es de 818 pacientes por millón de población (pmp) mientras en el Perú es de apenas 111.1 pmp asimismo la tasa de incidencia en estos países es de 276.9 pmp y de 44.2 pmp en el Perú(11).

En nuestro país, si consideramos que solo el 22% de la población peruana está adscrita a la seguridad social (ESSalud) es decir aproximadamente 6 millones de peruanos tienen la cobertura de una eventual terapia de diálisis, en el caso de padecer Insuficiencia Renal crónica (IRCT), las tasas verdaderas de insuficiencia renal crónica estarían subvaloradas (12).

El término Calidad de Vida (C. de V.), es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general (13).

En el módulo de Medicina Interna en el Hospital Octavio Mongrut, Es Salud; al interactuar con los pacientes de consultorio externo refieren “a veces no puedo caminar...se me hace muy difícil caminar....no puedo realizar largas colas...por eso a veces no vengo a la consulta....a veces me olvido de tomar las medicinas...y cuando se me acaba...no

sé qué hacer... las citas son muy espaciadas.....no tengo dinero para comprar en forma particular.....tengo problemas con llevar una dieta de acuerdo a la enfermedad...entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de consulta externa del Hospital Octavio Mongrut. 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus repercute en el bienestar del ser humano conllevándolo a presentar complicaciones; como la insuficiencia renal crónica, el cual puede producir consecuencias fatales en el ser humano, la familia y la economía, ocasionando gastos millonarios en forma directa e indirecta, aumentando el índice de mortalidad si no se toma en cuenta la calidad de vida.

De ahí que dado que la mayoría de pacientes tienen un estilo de vida sedentaria, y alimentación inadecuada entre otras; éstas pueden traer consigo el fallecimiento de las personas que la padecen (14).

Por lo que el profesional de Enfermería que labora en los servicios de consulta externa debe promover a través de la educación para la salud la adopción de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos con insuficiencia renal brindando un atención holística con calidad y calidez; dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y el desarrollo de la práctica clínica.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut, Es Salud-2015.

1.4.2. ESPECIFICOS

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según la dimensión física en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut, Es Salud-2015.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según la dimensión social en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut, Es Salud-2015.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia renal crónica según la dimensión psicológica en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut, Es Salud-2015.

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución y del servicio a fin de que se formule estrategias y técnicas participativas en el Programa de Educación para la salud destinadas a promover en los pacientes y familia la adopción de conductas saludables que contribuyan a mejorar su calidad de vida, desde una perspectiva integral que incluya valores, creencias y percepciones; contribuyendo a controlar y/o disminuir el riesgo a complicaciones derivadas de la enfermedad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos que: De los Ríos Castillo José Lauro, Sánchez Sosa Juan José, Barrios Santiago Pedro, Guerrero Sustaita Verónica, 2003, México, realizó estudio “ Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.” Cuyo objetivo fue determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se realizó un estudio *expo facto* transversal en el cual se buscó identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS. Las variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la DM2 de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos. Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años.

Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad(15).

Casanova Moreno María de la Caridad, Trasancos Delgado Maricela, Orraca Castillo Odalys, Prats Alvarez Olga María, Gómez Guerra Diana Belkis; 2010, Pinar del Rio Cuba, realizo estudio sobre “Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010” cuyo Objetivo: Valorar algunos aspectos relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz 2010. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron a 91 pacientes diabéticos tipo 2, que recibieron servicio de atención integral al diabético. Para darle salida a los objetivos propuestos, a cada paciente le fue aplicada una encuesta, y para medir la calidad de vida, se aplicó el cuestionario perfil de calidad de vida en los enfermos crónicos. Resultados: existió un predominio del sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general, la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo y entre las conclusiones.

La Atención Primaria de Salud debe insistir en programar actividades preventivas y de promoción a la salud, hacia los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estos, y, por ende, aspirar a una longevidad satisfactoria(16)

García Gómez, Juan Leonardo; el 2010, en España, realizó un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo1: el caso del hospital Universitario Ntra. Sra. De

Candelaria de Tenerife”. El objetivo fue conocer la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 1 en el hospital universitario nuestra señora de Candelaria en las dimensiones física, psíquica y socioeducativa; comparar las puntuaciones de calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo1 del hospital universitario nuestra señora de candelaria con una muestra de la población general de la misma provincia, sin diabetes mellitus tipo 1, el método fue descriptivo, tipo cuantitativo- cualitativo, experimental a un grupo control. Las conclusiones fueron entre otras:

Según los resultados obtenidos al comparar las medias de Grupos, encontramos diferencias significativas respecto a las dimensiones Autoconcepto Emocional y Autoconcepto Familiar, con medias superiores en el grupo control. Al comparar el coeficiente de contingencia de Grupos, encontramos diferencias significativas respecto a las dimensiones: Autoconcepto Emocional y Autoconcepto Familiar, con auto conceptos bajos y manifestando mayores problemas en estas dimensiones en el grupo en el grupo experimental(17).

Salazar Estrada José G., Gutiérrez Strauss Ana María, Aranda Beltrán, Carolina, González Baltazar Raquel, Pando Moreno Manuel; el 2012, en México realizaron un estudio sobre “Calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México)”; cuyo objetivo fue evaluar la percepción de calidad relacionada con la diabetes. El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 198 pacientes ambulatorios con diabetes tipo II, utilizo la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Entre las conclusiones tenemos:

La calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención de

actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica(18).

Gamboa Terrones Juana, el 2004, en Nuevo León – México, realizó un estudio sobre “Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”; cuyo objetivo fue determinar la media de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El método fue descriptivo correlacional, este diseño permitió describir las características básicas de la población y variables de interés a través de las correlaciones se buscó asociación entre las variables. En relación al género cerca de las tres cuartas partes fueron mujeres, situación semejante fue reportada por Madigan et al. (2003), lo que también se explica desde el comportamiento epidemiológico que muestra que las mujeres son las que en mayor proporción con respecto a los hombres padecen la enfermedad. Un 80.3% tenían una edad de 46 a más años, entre las conclusiones:

Los datos sociodemográficos confirman que las mujeres son las que principalmente se encuentran con el padecimiento de la diabetes; la edad de la población cuando se habla de adultos se ubica en 46 años y más, el tratamiento más utilizado son hipoglucemiantes orales y la evolución de la enfermedad es de 6 a 40 años. (19)

De la Cruz Gonzales, Verónica, el 2004, México, realizó estudio titulado “Calidad de vida del paciente con diabetes tipo 2”; el cual tuvo como objetivo describir la percepción que poseen los pacientes con diabetes tipo 2 sobre su Calidad de Vida (CV) en forma general y por dimensiones y su asociación con variables sociodemográficas y clínicas. El diseño de estudio fue descriptivo correlacional, el muestreo fue por conveniencia los sujetos de estudio lo conformaron pacientes con diabetes tipo 2 que acudían a control ambulatorio en un hospital de primer nivel de atención en la ciudad de Cárdenas Tabasco. La

muestra la conformaron 100 personas, Se utilizó cédula de datos personales y el instrumento encuesta del estado de salud SF-36, construida por 8 subconceptos o escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental y las conclusiones fueron.

Los resultados del estudio reportaron que la percepción de CV de los adultos con diabetes tipo 2 fue baja. Se identificó asociación de edad, años de padecer diabetes tipo 2, número de hospitalizaciones a causa de la diabetes con CV en forma general. Los resultados obtenidos permitieron conocer el impacto de la enfermedad en el paciente y contribuirán a los profesionales de enfermería a establecer líneas de acción más específicas para lograr una mejora de la CV de estas personas y sus familias(20).

A. Hervás, A. Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Díez ;2003, Navarra- España, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” cuyo objetivo fue Evaluar el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en calidad de vida relacionada con la salud, el método fue observacional transversal y la selección fue mediante muestreo aleatorio simple (n=95) del universo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 de nuestra zona básica de salud (n=655), utilizando como instrumento los cuestionarios genéricos SF-36 y EQ-5D; comparación con las muestras de población general realizadas en España (SF-36), población general y >65 años de Navarra y población diabética española (EQ-5D). El diseño del estudio fue descriptivo trasversal. Muestreo aleatorio mediante aplicación de una tabla de números aleatorios sobre un listado de pacientes y como resultados; Los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36. Respecto a las tasas de respondedores a algún problema

en las dimensiones del EQ-5D, destaca la dimensión “Ansiedad/Depresión” con un 43%. El valor de la escala visual analógica en los pacientes diabéticos es de 64,6. Siendo las conclusiones.

Este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. El impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no debería ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos (como la morbi-mortalidad)(21)

Pebes Mendoza Alejandrina Bertha;2010, Ica- Perú,realizo un estudio sobre “Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el hospital regional de ica, 2010.cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el Control Preventivo de la Enfermedad y la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; El diseño utilizado es descriptivo correlacional prospectivo, Con una población de todos los pacientes que se han atendido en el Hospital Regional de Ica, con Diabetes Mellitus tipo 2, se consideró muestra de 60 pacientes, la técnica utilizada fue análisis documental, encuestas y cuestionarios. Resultados: Con respecto a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se encontró que el 22% estuvo satisfecho, 78% insatisfecho con su calidad de vida, 63% tuvieron control de su enfermedad, 22% lo hicieron algunas veces, 15% de ellos nunca, 47% de pacientes nunca tuvieron control preventivo de la enfermedad, 38,67% lo hicieron a veces y 14,33% lo hizo siempre,concluyendo.

Por consiguiente concluimos que el control preventivo de la diabetes mellitus tipo 2 está relacionada con la calidad de vida de los pacientes, es decir si existe mejor control y tratamiento de la enfermedad, el autocuidado con cumplimiento del cuidado de la vista, los pies, cuidado dietético y ejercicios mejorará la calidad de vida de los pacientes que cursan esta enfermedad. Palabras

claves: Diabetes Mellitus, calidad de vida, prevención.(22).

Haya Pezo Karina,2012,Tarapoto- Perú, realizo estudio sobre “calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Programa Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus “EsSalud” cuyo objetivo fue Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital EsSalud II, objetivo específico fueron, Identificar las características socio demográfico y clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, Identificar la satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad y preocupación de los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, Identificar la percepción general del paciente diabético sobre su estado de salud, identificar que dimensión de la calidad de vida (satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales, estado de salud) es más afectadas por esta enfermedad, determinar la calidad de vida de los pacientes diabéticos según sexo y estado civil. El tipo de estudio fue descriptiva con enfoque Cuantitativo, el diseño de la investigación descriptivo, Transversal y el tamaño de la muestra fueron 74 pacientes seleccionada por muestreo no probabilístico, por conveniencia todos los pacientes con diabetes Mellitus que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se empleó la técnica de encuesta usando el instrumento un cuestionario TEST de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL) elaborado por el grupo de investigación del control y complicaciones de la diabetes, entre las conclusiones fueron.

La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Programa Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus Hospital “EsSalud” es de

Regular a Alta. La edad promedio de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior, predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. La percepción general del estado de salud de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II es regular (23).

Por lo expuesto se puede evidenciar que existen algunos trabajos de investigación relacionados al tema, siendo necesario implementar el estudio a fin de que a partir de sus resultados permita diseñar estrategias orientadas a promover a los pacientes y familia la adopción de una cultura de prevención, así como estilos de vida saludable orientados a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y disminuir los riesgos a complicaciones.

2.2. BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE CALIDAD DE VIDA

Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite tener una capacidad de actuación o de funcionamiento en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y las escalas de valores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno(24).

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un **bienestar social** como ocurre en los países desarrollados.

El concepto Calidad de Vida (CV) ha entrado a formar parte de muchos aspectos de la vida de los individuos y comunidades. Es un valor que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad, político, comercial, social, económico, sanitario, entre otros.

Las definiciones más actuales, tal como se indica más adelante, ponen de manifiesto criterios que afirman que la Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva del individuo, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está íntimamente relacionada con un contexto cultural, social y ambiental determinado(25).

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como “calidad de vida”.(26).

La preocupación por la felicidad, la satisfacción con las circunstancias personales y las condiciones necesarias para un buen vivir, no son en absoluto recientes. Filósofos de la antigua Grecia como Platón y Aristóteles nos han hecho saber que era éste un motivo de debate en su época.

Al margen de los acercamientos filosóficos, contamos con décadas de investigación científica sobre calidad de vida, cuyos inicios está a mediados del siglo pasado. Los progresos de los últimos años nos van permitiendo comprender el sentido del término de manera más concreta y operativa y determinar cómo evaluarlo y cómo planificar acciones para la mejora real en la vida de las personas.

La Calidad de Vida puede ser concebida como concepto antiguo y reciente a la vez. antiguo porque estuvo presente en los debates sobre bienestar, felicidad y buena vida durante siglos. Pero es reciente porque la utilización del término tiene su origen en los años 60 a raíz del interés por el bienestar humano y por la evaluación del cambio social en los Estados Occidentales (27).

A partir de entonces hubo una evolución muy significativa para el concepto de Calidad de Vida que implicó pasar de entender el bienestar en términos objetivos a incluir perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. Este nuevo perfil le dio una entidad propia, diferenciándolo de los indicadores sociales y acentuando la percepción del sujeto sobre su vida y sobre las condiciones objetivas de su existencia

La teoría del autocuidado propuesta por Dorothea Oren, señala que la salud se ve comprometida por defecto en las acciones de autocuidado que se llevan tanto en la edad avanzada, como en las etapas tempranas de la vida; y sustenta que para realizar las acciones de

autocuidado la persona requiere capacidades especializadas. Tanto las capacidades como las acciones de autocuidado que se realiza a lo largo de la vida de los individuos, viéndose influida por los factores internos y externos(28)

En la actualidad, se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. En las enfermedades crónicas en particular, cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad trae para su vida actual y futura.

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida objetiva

Es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación (29).

Los autores aluden a condiciones de vida de las personas en varios dominios a partir de medidas descriptivas de un individuo o grupo en las cuales no interfiere una apreciación subjetiva, pudiendo ser el informante alguien externo al propio sujeto evaluado. En este sentido Calidad de Vida en términos objetivos indica el modo en que se lleva a

cabo la evaluación, lo objetivo está determinado por el tipo de datos que se manejan y por el modo en que dichos datos se obtienen (30).

Aunque al principio los estudios se centraron en estos aspectos objetivos de la Calidad de Vida, los datos ponían en evidencia que no existía una correlación alta entre bienestar percibido y las circunstancias objetivas de vida (por ello se comenzó a prestar atención a los aspectos subjetivos del bienestar).

Calidad de vida subjetiva.

Se refiere al grado en que las personas valoran sus propias vidas, es decir, el modo en que perciben sus salarios, su seguridad, la satisfacción con su salud y con su educación. Lo subjetivo significa el hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual y que varía de una persona a otra; Por tanto, Calidad de Vida subjetiva se refiere a la valoración que hace una persona sobre su vida y refleja la percepción de bienestar.

La percepción subjetiva de Calidad de Vida ha recibido una atención especial por parte de los investigadores, sobre todo por los procesos psicológicos que subyacen, distinguiendo dos procesos, uno cognitivo que implica el juicio sobre la Calidad de Vida y otro afectivo, vinculado a las emociones. El primero más establecido en el tiempo y el segundo más cambiante, Junto al análisis de los procesos que subyacen a la percepción subjetiva de la Calidad de Vida, los investigadores han estudiado las circunstancias personales, sociales o culturales que están relacionadas con una mayor o menor percepción de satisfacción.

Se han explorado variables sociales y culturales suponiéndose que hay culturas que enfatizan la visión del lado positivo de las cosas y que las personas están satisfechas y al contrario. También con la vinculación con variables sociodemográficas como género, ingresos, educación,

ocupación, matrimonio, hijos, clase social, entre otros, que parecen explicar un porcentaje bajo de la varianza(31).

Calidad de vida objetiva y subjetiva

Pero es la relación entre ambas medidas objetivas y subjetivas la que más ha interesado a los investigadores, hace una revisión de estudios sobre satisfacción percibida por habitantes de distintos países donde ha habido cambios positivos en indicadores objetivos y no encontró correspondencia entre ambos.

La existencia de una tendencia positiva en la satisfacción con la vida la interpreta este autor como un mecanismo adaptativo desde el punto de vista biológico. Parece que descuidar los aspectos objetivos de la Calidad de Vida conlleva riesgos muy grandes, en detrimento de los grupos sociales en desventaja.

La presencia de condiciones de vida óptimas ofrece a las personas oportunidades para realizar sus objetivos de vida y ser felices, aunque no garantizan por sí solas la Calidad de Vida (32).

Nosotros, dentro de las dimensiones de Calidad de Vida, nos situamos en la postura última, la que entiende la Calidad de Vida como la combinación de calidad en las condiciones de vida y a la satisfacción personal, es decir, la combinación de componentes objetivos y subjetivo.

La salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida

inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de *estrés* con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida (33).

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las cuatro dimensiones que integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume.

Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de

apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral(34).

La persona nace con una sociedad lo que le favorece la adaptación al medio, lo que multiplica las posibilidades de vivir, nace de otras personas y requiere la presencia de otras para sobrevivir. Supone la expresión de la sociabilidad humana, característica esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura y estar preparado para vivir con otros de su misma especie.

La construcción de su propia identidad es otro de los procesos sociales. Este proceso permite a la persona descubrir el significado de su propia existencia y la construcción de su proyecto vital, aspecto imprescindible para la autorrealización.

La persona se vincula con otras mediante el intercambio continuo de acciones, lo que implica el desempeño de roles y el ajuste del comportamiento(35).

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La Calidad de Vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital (36).

Calidad de Vida y Enfermedades crónicas

En las últimas décadas, ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos.

Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social.

En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. Aunque la significación 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.

Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II asociada a la Insuficiencia Renal Crónica.

El paciente con Diabetes Mellitus tipo II asociada a Insuficiencia Renal Crónica, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su calidad de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

Es por eso que el estudio de la Calidad de Vida en enfermos crónicos ocupa hoy un lugar central dentro de las Ciencias de la Salud. Diversos han sido los enfoques en este estudio, desde aquellos que se centran sólo en una evaluación objetiva de las funciones, hasta los centrados en la percepción individual de la Calidad de vida. La Psicología de la Salud ha posibilitado que en la actualidad exista un gran auge de un enfoque más "personal" al estudiar el proceso salud-enfermedad, considerando tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "Calidad de Vida". Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y, lógicamente, cobra gran importancia en aquellas patologías de carácter crónico (37).

DIABETES MELLITUS

Es una enfermedad sistémica que se caracteriza por el aumento en los valores de la glucosa en sangre, debida a la poca o nula producción de insulina a nivel del páncreas. Esta enfermedad al ser sistémica afecta múltiples órganos y/o sistemas: ojos, riñones, piel, corazón, sistema nervioso.

La diabetes mellitus es un trastorno multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis, se trata de una patología compleja que incluye varias enfermedades en las cuales coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas (38).

El día mundial de la diabetes se celebra el 14 de noviembre.

EPIDEMIOLOGIA

La diabetes mellitus constituye un desorden metabólico resultado de una deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de la acción de la insulina o de ambas. Esto conlleva a hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas.

Para el año 2000, se estimó que 35 millones de personas padecían diabetes en las Américas de los cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el año 2025 esta cifra ascendería a 64 millones, de los cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe (39).

La diabetes está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura principalmente por enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes tienen además un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores. La

diabetes tipo 2 representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes y aparece con mayor frecuencia después de los 40 años.

En nuestro país, los estudios de “Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles” (FRENT) realizados por la Dirección General de Epidemiología tanto en ciudades de la Costa como de la Sierra han encontrado una prevalencia de diabetes de alrededor del 3%.

La micro albuminuria constituye marcador de enfermedad renal incipiente (sin expresión clínica), es por esta razón que es importante su determinación en el diabético. Adicionalmente, diversos estudios demuestran una asociación entre micro albuminuria y retinopatía.

La Asociación Americana de Diabetes enfatiza la importancia de la determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) para el control de las personas con diabetes. Se recomienda su determinación cada tres meses, lo que permite medir el éxito terapéutico y realizar ajustes de dosis o añadir nuevas terapias.

De los pacientes que contaban con resultado de hemoglobina glicosilada (868 de 2959), el 66,6% tenía un valor igual o mayor que 7.0% lo que indica una pobre adherencia al tratamiento. Esto no se modificó significativamente en el último control de los pacientes.

CLASIFICACIÓN

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y Gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997.

Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de Diabetes se clasifican en 4 grupos:

- Diabetes Mellitus tipo I
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Diabetes Gestacional

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus y otras categorías de la regulación de la glucosa, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero. En ayunas de 10 a 12 horas, las glicemias normales son < 100 mg/dl.

En un test de sobrecarga oral a la glucosa (75 g), las glicemias normales son:

Basal < 100 , a los 30, 60 y 90 minutos < 200 y los 120 minutos post sobrecarga < 140 mg/dl

Diabetes Mellitus: El paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico.

Glicemia (en cualquier momento) ≥ 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso)

Dos o más glicemias ≥ 126 mg/ dl.

Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga ≥ 200 mg/dl.

Intolerancia a la glucosa: Se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno < 126 mg/dl y a los 120 minutos post sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dl.

Glicemia de ayuna alterada: Una persona tiene una glicemia de ayunas alterada si tiene valores entre 100 y 125 mg/dl. Será conveniente estudiarla con una sobrecarga oral a la glucosa (38).

FACTORES DE RIESGO

Uno tiene un mayor riesgo de padecer diabetes si presenta cualquiera de los siguientes factores:

- Edad superior a 45 años
- Diabetes durante un embarazo previo
- Peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura)
- Antecedentes familiares de diabetes
- Dar a luz un bebé que pese más de 4 kg (9 libras)
- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dL
- Niveles sanguíneos altos de triglicéridos, un tipo de molécula de grasa (250 mg/dL o más).
- Hipertensión arterial (superior o igual a 140/90 mmHg)
- Trastorno en la tolerancia a la glucosa
- Bajo nivel de actividad (hacer ejercicio menos de tres veces a la semana)
- Síndrome metabólico
- Poliquistosis ovárica.

Una afección llamada acantosis pigmentaria, la cual provoca oscurecimiento y engrosamiento de la piel alrededor del cuello o las axilas.

Las personas de ciertos grupos étnicos, como los afroamericanos, los hispanoamericanos, los

asiáticos americanos y los nativos norteamericanos, tienen un mayor riesgo de padecer diabetes (40).

Toda persona mayor de 45 años debe hacerse revisar el nivel de azúcar (glucosa) en la sangre al menos cada tres años. Los chequeos regulares de los niveles de glucemia deben comenzar a una edad más temprana y realizarse con mayor frecuencia si uno está en mayor riesgo de padecer diabetes.

CUADRO CLÍNICO

En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la DM ni comenzado su tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos (derivados de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma puntual o continua).

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso a pesar de la polifagia. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que éstos no reciben la señal de la insulina.
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.
- Signos y síntomas menos frecuentes:
- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Aparición de glucosa en la orina u orina con sabor dulce.
- Ausencia de la menstruación en mujeres.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.

- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Mal aliento.

COMPLICACIONES

Complicaciones Agudas:

Hipoglucemia.- Constituye la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus. Se caracteriza por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales, aunque no existe un consenso universal sobre el nivel de glucosa, puede definirse como la aparición de cifras de glucemia por debajo de 60 mg/dl.

Generalmente, los síntomas asociados a los episodios de hipoglucemia suelen ser moderados, secundarios a la liberación de catecolaminas, y pueden ser fácilmente tratados por el propio paciente.

Complicaciones crónicas

Morbilidad

Retinopatía Diabética: Afecta al 40-50% de los pacientes con Diabetes, presentando el 10% de estos pacientes, retinopatía proliferativa. El 20-30% de las cegueras registradas son consecuencia de la retinopatía diabética, constituyendo la primera causa de ceguera en los países desarrollados.

Nefropatía Diabética: El riesgo relativo de padecer insuficiencia renal es 25 veces superior entre los sujetos que padecen Diabetes. Del 30-50% de estas personas, con una evolución de la enfermedad de 10 a 20 años presenta algún grado de afectación renal. Actualmente, la Diabetes supone el 10-13% de las causas de inclusión en programas de hemodiálisis.

Neuropatía Diabética: El riesgo relativo de neuropatía entre los diabéticos es 7 veces superior al de la población general; de manera, que se estima que el 60-70% la presentan en algún grado. Así, la neuropatía autonómica cardiovascular afectaría a más del 40% de la población de pacientes con Diabetes con más de 10 años de evolución de su enfermedad. La neuropatía diabética representa una importante causa de impotencia sexual, estimándose que hasta el 40% de los varones la padecen.

Enfermedad cardiovascular: El riesgo de desarrollar enfermedad vascular (coronaria, cerebral o periférica) es de 2-4 veces mayor que en los no diabéticos; este riesgo además, se duplica en las mujeres. Aproximadamente, el 50% de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores se realizan en sujetos con Diabetes.

Microangiopática: Retinopatía Diabética: es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que estos sufran una fuga de fluido o sangre. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

Insuficiencia Renal Crónica

Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La principal función de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.

Causas .-

La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente con el tiempo. En las etapas iniciales, es posible que no haya ningún síntoma. La pérdida de la función por lo regular tarda meses o años en suceder y puede ser tan lenta que los síntomas no aparecen hasta que el funcionamiento del riñón es menor a una décima parte de lo normal.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT), en esta etapa los riñones ya no tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo. El paciente necesita diálisis o un trasplante de riñón(41).

La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.

Muchas otras enfermedades y afecciones pueden dañar los riñones, entre ellas:

- Trastornos autoinmunitarios (como lupus eritematoso sistémico y esclerodermia)
- Anomalías congénitas de los riñones (como la poliquistosis renal)
- Ciertos químicos tóxicos
- Glomerulonefritis
- Lesión o traumatismo
- Cálculos renales e infección

- Algunos analgésicos y otros fármacos (como fármacos para el cáncer)
- Nefropatía por reflujo (en la cual los riñones se dañan por el flujo retrógrado de orina hacia ellos).

La enfermedad renal crónica lleva a una acumulación de líquido y productos de desecho en el cuerpo. Este padecimiento afecta a la mayoría de las funciones y de los sistemas corporales, como:

- El control de la presión arterial
- La producción de glóbulos rojos
- La vitamina D y la salud de los huesos

Síntomas.-

Los primeros síntomas de la enfermedad renal crónica también son síntomas de otras enfermedades. Éstos pueden ser el único signo de enfermedad renal hasta cuando la afección está más avanzada.

Los síntomas pueden ser, entre otros:

- Inapetencia
- Sensación de malestar general y fatiga
- Dolor de cabeza
- Picazón generalizada (prurito) y resequedad de la piel
- Náuseas
- Pérdida de peso sin proponérselo

Otros síntomas que se pueden presentar, especialmente cuando la función renal ha empeorado, incluyen:

- Piel anormalmente oscura o clara
- Dolor óseo
- Síntomas del sistema nervioso y del cerebro.

- somnolencia y confusión
- problemas para concentrarse o pensar
- entumecimiento en las manos, los pies u otras áreas
- fasciculaciones musculares o calambres
- Mal aliento
- Susceptibilidad a hematomas o sangrado o sangre en las heces
- Sed excesiva
- Hipos frecuentes
- Bajo nivel de interés sexual e impotencia
- Cesación de los períodos menstruales (amenorrea)
- Problemas de sueño como insomnio, síndrome de las piernas inquietas o apnea obstructiva del sueño
- Hinchazón de pies y manos (edema)
- Vómitos, típicamente en la mañana.

Tratamiento.-

El control de la presión arterial retrasará un mayor daño al riñón.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) se emplean con mayor frecuencia.

El objetivo es mantener la presión arterial en o por debajo de 130/80 mmHg.

Otros consejos para proteger los riñones y prevenir cardiopatía y accidente cerebrovascular:

No fume.

Consuma comidas bajas en grasa y colesterol.

Haga ejercicio regular (hable con el médico o enfermera antes de empezar).

Tome fármacos para bajar el colesterol, si es necesario.

Mantenga el azúcar en la sangre bajo control.

Evite ingerir demasiada sal o potasio.

Siempre hable con el nefrólogo antes de tomar cualquier medicamento de venta libre, vitamina o suplemento herbario. Cercíese de que todos los médicos que usted visita sepan que padece enfermedad renal crónica.

Otros tratamientos pueden abarcar:

- Medicamentos especiales llamados enlaces de fosfato, para ayudar a evitar que los niveles de fósforo se vuelvan demasiado altos.
- Tratamiento para la anemia, como hierro extra en la alimentación, comprimidos de hierro, hierro a través de una vena (hierro intravenoso) inyecciones especiales de un medicamento llamado eritropoyetina y transfusiones de sangre.
- Calcio y vitamina D extra (siempre hable con el médico antes de tomarlos)
- Tal vez necesite hacer algunos cambios en su dieta. Ver: dieta para la enfermedad renal crónica para mayores detalles.
- Puede ser necesario limitar la ingesta de líquidos.
- El médico le puede recomendar una dieta baja en proteínas.
- Es posible que tenga que restringir la sal, el potasio, el fósforo y otros electrolitos.
- Es importante obtener suficientes calorías si está bajando de peso.
- Hay diferentes tratamientos disponibles para los problemas con el sueño o el síndrome de la pierna inquieta.
- Los pacientes con enfermedad renal crónica deben mantener al día las vacunas importantes, como:

- Vacuna contra el H1N1 (gripe porcina)
- Vacuna contra la hepatitis A
- Vacuna contra la hepatitis B
- Vacuna antigripal
- Vacuna antineumocócica de polisacáridos (PPV, por sus siglas en inglés)
- Cuando la pérdida de la función renal se vuelva más grave, usted necesitará prepararse para diálisis o para un trasplante de riñón.
- El momento para comenzar la diálisis depende de factores diferentes, incluyendo resultados de exámenes de laboratorio, gravedad de los síntomas y estado de preparación.
- Usted debe empezar a prepararse para la diálisis antes de que se presente la necesidad de hacerla. Aprenda acerca de la diálisis y de los tipos de terapias con ésta, y como se coloca un acceso para dicha diálisis.
- Incluso aquéllos que sean candidatos para un trasplante de riñón pueden necesitar diálisis mientras esperan que haya disponibilidad de dicho órgano.

ENFERMERIA EN NEFROLOGÍA

La Enfermería en Nefrología, es un profesional con estudios de post grado en la especialidad, de modo que su competencia profesional está basada en un conjunto de conocimientos con base científica y orientada a proporcionar el bienestar integral al paciente con afección renal y endocrina. Es decir identificar los problemas que se suscitan en torno al aspecto físico, psicológico, social, y espiritual.

De modo que el profesional de enfermería debe aplicar todos los conocimientos adquiridos durante su formación en el manejo del paciente con enfermedad renal a fin de disminuir el riesgo a

complicaciones que genera este tipo de enfermedad así como promover una cultura de prevención y fomentar la adopción de estilos de vida saludable orientado a mejorar su calidad de vida.

Para ello es necesario que la enfermera profesional valore todos los sistemas de apoyo del paciente y familia, ya que al tratarse de una enfermedad crónica, va a afectar a todas las áreas vitales de la persona; es decir identificar precozmente los signos y síntomas de sobrecarga de líquidos, y otros trastornos hidroelectrolíticos, así como el orientar sobre la importancia del cumplimiento estricto de la dieta, la ingesta de fármacos y tratamiento de sustitución mediante la diálisis peritoneal o hemodiálisis..

Toda vez que los pacientes que sufren una enfermedad renal crónica han de hacer frente a una serie de cambios en su estilo de vida derivado de las repercusiones en los diferentes sistemas y aparatos; por lo que deben desarrollar diferentes actividades preventivo promocionales, en el cual se pretende a través del uso de técnicas participativas controlar el riesgo a complicaciones mediante el diagnóstico precoz, la importancia de la continuidad y seguimiento en el tratamiento.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e Insuficiencia Renal Crónica.-:- Es la respuesta expresada por el paciente que acude a consulta externa sobre las diferentes formas de comportamiento o conductas que adopta ante los cambios que produce la diabetes tipo II e insuficiencia renal crónica a nivel físico, psicológico y social. El cual fue obtenido a través de un formulario tipo SF 12 y valorado en adecuada, medianamente adecuada e inadecuada.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio fue de nivel aplicativo, ya que se originó de la realidad, tipo cuantitativo, en cuanto se asignó un valor numérico a la variable de estudio; método descriptivo de corte transversal, en razón a que permitió presentar los hallazgos tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Octavio Mongrut , ubicado en la Av. Parque las Leyendas N° 225 Urbanización Maranga – San Miguel; el marea del hospital cuenta con servicios de Consultorios externos en medicina interna, medicina general, otorrinolaringólogo, ginecología, pediátrica, medicina complementaria y cardiología; el servicio de emergencia y trauma Shock, sala de operaciones con dos salas operativas, servicio de hospitalización en medicina , hospitalización en cirugía, pediatría ,ginecología y el centro obstétrico, como patologías más frecuentes encontramos la diabetes Mellitus tipo II, insuficiencia respiratorias agudas, infecciones urinarias recurrentes, fibrosis pulmonar, pancreatitis.

La institución tiene como misión: somos un seguro social de salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados, y como visión hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asisten a Consulta Externa durante el periodo del 09 de febrero al 26 de febrero del 2015.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

Para determinar la muestra se aplicó el método probabilístico de proporciones para la población finita con un nivel de confianza de 95 % y un error de 0.1% obteniendo una muestra de 53 pacientes (Anexo E).

3.5 CRITERIOS DE SELECCION

3.5.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes con Diabetes Mellitus II e Insuficiencia Renal
- Pacientes con Diabetes Mellitus e IRC mayor de 40 años de ambos sexos, lucido y orientado.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

3.5.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con Diabetes Mellitus II asociada a otra patología.
- Pacientes que no completen el instrumento.

3.6. TECNICA E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de Calidad de Vida SF 12 (Anexo C), que consta de presentación, instrucciones, datos generales, y datos específicos. El cual fue sometido a juicio de expertos (8), siendo procesado los resultados en la Tabla de Concordancia y Prueba de Binomial. (Anexo F).

Luego de ello se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante el Coeficiente de Concordancia de Pearson (Anexo I) y para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de α de Crombach (alfa – Crombach) (Anexo J).

3.7. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

Luego para implementar el estudio se llevó a cabo el trámite administrativo respectivo, mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Octavio Mongrut, a fin de solicitar la autorización respectiva para la ejecución del estudio. Posterior a ello se realizó la coordinación con la Enfermera de Consulta Externa para establecer el cronograma de recolección de datos, considerando de 15 a 20 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Realizado la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel previa la elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo G) y la Tabla Matriz de Datos (Anexo H). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la escala de estacionones, la frecuencia absoluta y el porcentaje, valorando la variable calidad de vida en adecuada, medianamente adecuada e inadecuada. (Anexo K).

3.8. CONSIDERACIONES ETICAS

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización correspondiente de las autoridades de la institución, así como de los pacientes que asisten a Consulta Externa, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. (Anexo D).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación. Así tenemos:

4.1. RESULTADOS

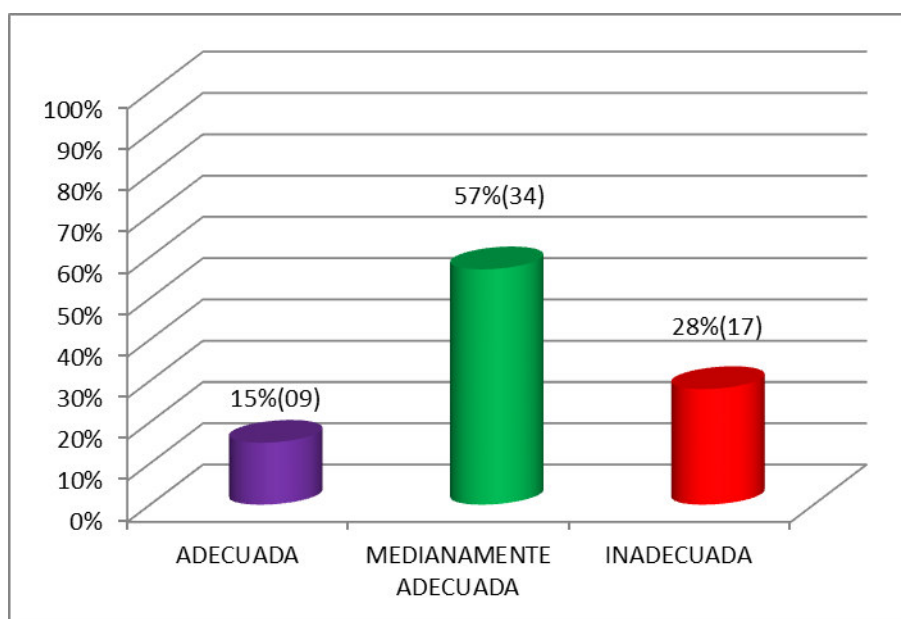
En cuanto a los datos generales del 100% (60), 52% (31) tienen de 55 a 67 años, 32% (19) de 41 a 54 años, y 16% (10) de 68 a 82 años; 52% (31) son de sexo femenino y 48% (29) de sexo masculino; 28% (17) son viudos, 27% (16) casados, 25% (15) convivientes y 20% (12) divorciados; 30% (18) tienen primaria, 23% (14) son técnicos, 20% (12) secundaria, 15% (9) superior y 12% (7) son analfabetos. (Anexo L).

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría son adultos maduros y mayores que tienen edades que oscilan entre 55 a 67 años, son viudos, casados y convivientes, el mayor porcentaje son de sexo femenino, y tienen estudio técnico, secundario y superior.

Acerca de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de consulta externa, del 100% (60), 57% (34) es medianamente adecuada, 28% (17) inadecuada y 15% (9) adecuada. (Grafico N° 1, Anexo M). Los aspectos medianamente adecuados está referido a que 27% (16) manifiesta que la salud es algunas veces buena, 13% (8) que tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, y 17% (10) hizo menos de lo que hubiera querido hacer; lo inadecuado porque 15% (9) no se siente calmado y tranquilo, 33% (20) no realiza su trabajo con más cuidado que de costumbre debido a un problema

GRAFICO N° 1

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015



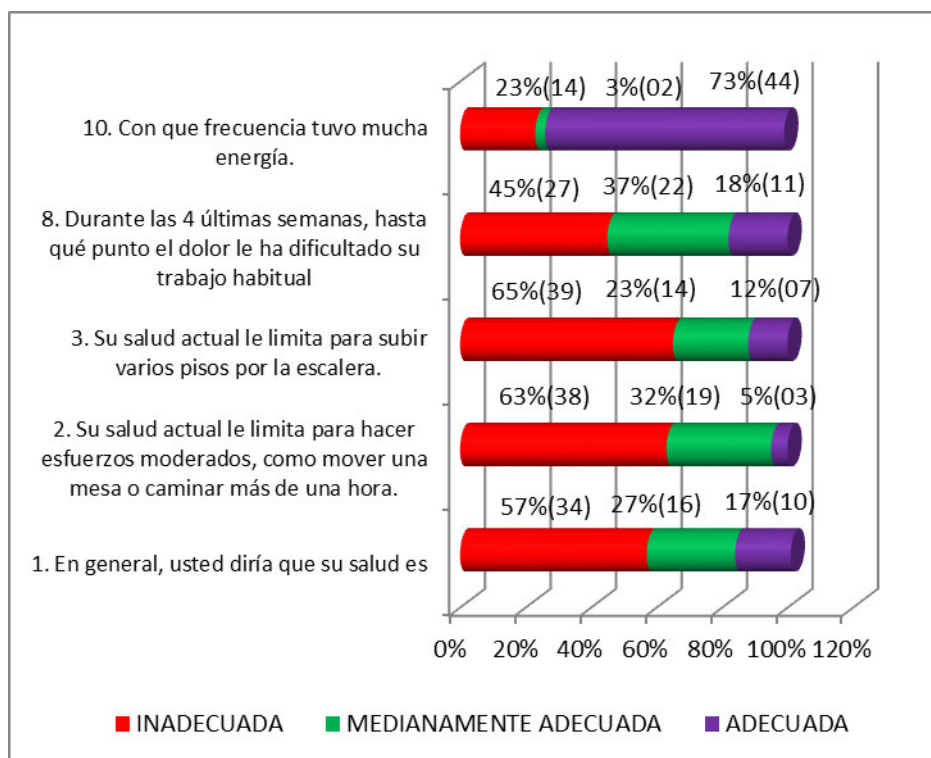
FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

emocional, 45% (27) el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y 23% (14) con frecuencia no tuvo mucha energía; y lo adecuada está dada porque 17% (10) expresan que su salud es buena, 22% (13) la salud física o problemas emocionales no le han dificultado sus actividades sociales y 17% (10) con frecuencia no se siente desanimado y deprimido. (Anexo N,O,P).

Respecto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión física por ítems en

GRAFICO N° 2

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION FISICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

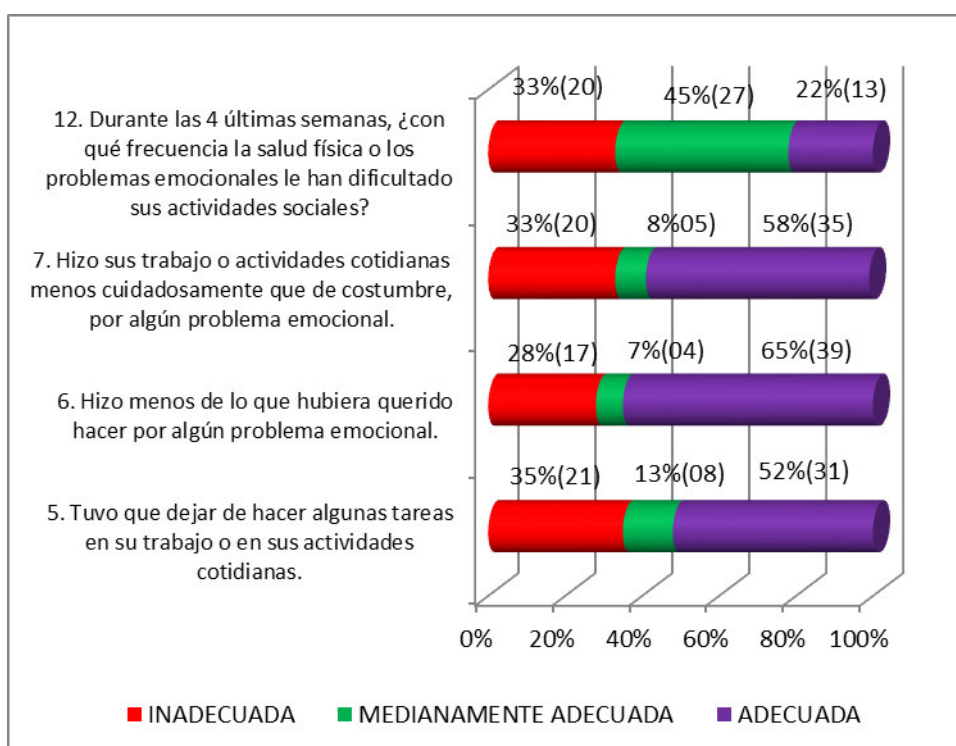


FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

el servicio de consulta externa, del 100% (60), manifiestan que es adecuada ya que 73% (44) manifiestan que con frecuencia tienen mucha energía; lo inadecuada porque 65% (39) expresan que su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera y 63% (38) que su salud le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa o caminar más de una hora; y lo medianamente inadecuada está dada

GRAFICO N° 3

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION SOCIAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015



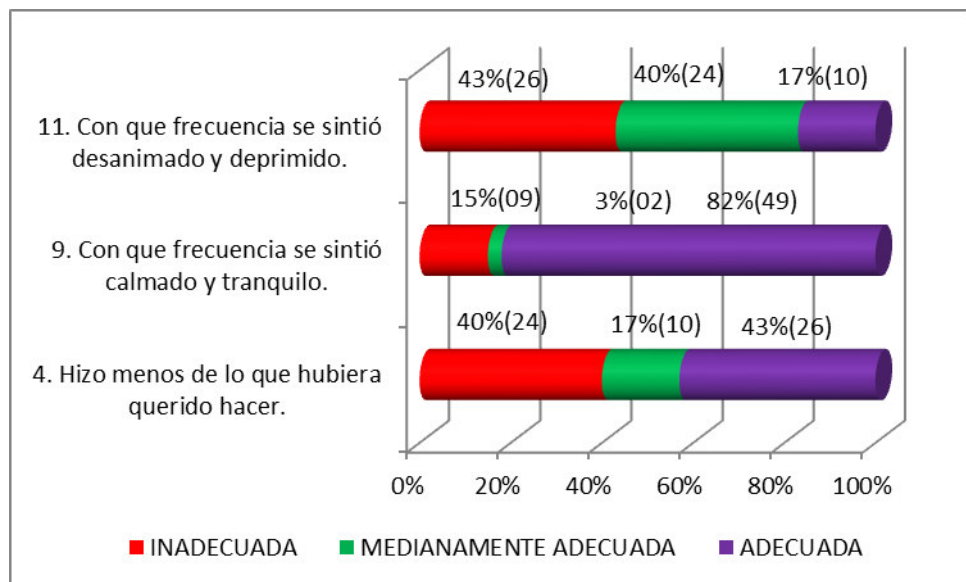
FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

porque 27% (16) refieren que su salud es algunas veces buena y 37% (22) que en algunas ocasiones el dolor le ha dificultado su trabajo habitual. (Grafico N° 2, Anexo N).

Sobre la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión social por ítems en el servicio de consulta externa, del 100% (60), lo adecuada está referida

GRAFICO N° 4

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION PSICOLOGICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

a que 65% (39) manifiesta que hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional y 58% (35) que hizo su trabajo o actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre por algún problema emocional; lo inadecuada fue porque 35% (21) tuvieron que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas; lo medianamente adecuada fue porque 45% (27) expresan que con frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales. (Grafico N° 3, Anexo O).

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión psicológica por ítems en el servicio de consulta externa, del 100% (60), lo adecuada está dada porque 82% (49) expresaron que con frecuencia se siente calmado y tranquilo; lo inadecuada porque 40% (24) manifestaron que hicieron menos de lo que hubieran querido hacer; y lo medianamente adecuada está referida a que 40% (24) con frecuencia se sienten desanimados y deprimidos. (Grafico N° 4, Anexo P).

4.2. DISCUSIÓN.

La diabetes mellitus es un trastorno multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis, se trata de una patología compleja que incluye varias enfermedades, Esta enfermedad al ser sistémica afecta múltiples órganos y/o sistemas.

Se caracteriza por una serie de alteraciones metabólicas de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas asociadas a insuficiencia de la secreción de insulina o resistencia a esta. Clínicamente la diabetes se caracteriza por un estado de hiperglucemia en ayuno; las complicaciones más frecuentes que se presentan con la enfermedad son las retinopatías, nefropatía, neuropatía e hipertensión arterial.

La diabetes está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura principalmente por enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes tienen además un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores. La diabetes tipo 2 representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes y aparece con mayor frecuencia después de los 40 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recuerda que una mala alimentación y la obesidad son dos factores importantes en esta

enfermedad, que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma efectiva esa insulina.

Es por ello la importancia que los pacientes tengan conocimiento sobre las prácticas para el autocuidado conllevando a una adecuada calidad de vida desde etapas tempranas de la vida y que estén presentes a lo largo de la vida hasta una edad senil, a fin de que no comprometan más la salud del paciente y lo tornen más vulnerable a sufrir complicaciones, que puedan ocasionar incremento en los presupuestos y desestabilizar el equilibrio psicosocial y emocional en los familiares.

Por lo que es importante que el profesional de enfermería valore el nivel de información que posee el paciente con diabetes mellitus tipo 2 y/o familia, cuidador o responsable del cuidado en el hogar sobre los cuidados que debe tener el paciente en cuanto a la alimentación, ejercicio, descanso y sueño, higiene de los pies, manejo y control del stress, control médico periódico, entre otros con el fin de disminuir el riesgo a adquirir una complicación que altere más aun su estado de salud y comprometa su calidad de vida.

Según De los Ríos Castillo José Lauro, Sánchez Sosa Juan José, (2003), su estudio reveló que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años.

Concluyendo que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Según Pebes Mendoza Alejandrina Bertha;2010, Ica- Perú, se consideró una muestra de 60 pacientes y su estudio reveló con respecto a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 encontrándose que el 22% estuvo satisfecho, 78% insatisfecho con su calidad de vida, 63% tuvieron control de su enfermedad, 22% lo hicieron algunas veces, 15% de ellos nunca, 47% de pacientes nunca tuvieron control preventivo de la enfermedad, 38,67% lo hicieron a veces y 14,33% lo hizo siempre, concluyendo que el control preventivo de la diabetes mellitus tipo 2 está relacionada con la calidad de vida de los pacientes, es decir si existe mejor control y tratamiento de la enfermedad, el autocuidado con cumplimiento del cuidado de la vista, los pies, cuidado dietético y ejercicios mejorará la calidad de vida de los pacientes que cursan esta enfermedad.

Por lo expuesto, se detalla los resultados obtenidos en el estudio concluyendo que el mayor porcentaje de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de consulta externa, expresan que tienen una calidad de vida medianamente adecuada ya que su salud algunas veces es buena, tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, e hizo menos de lo que hubiera querido hacer; mientras que un menor porcentaje significativo dicen que es inadecuada porque no se sienten calmados y tranquilos, no realizan su trabajo con más cuidado que de costumbre debido a un problema emocional, el dolor le ha dificultado su trabajo habitual y con frecuencia no tienen mucha energía; mientras que un mínimo porcentaje refiere que es adecuada ya que expresan que su salud es buena, la salud física o problemas emocionales no le han dificultado sus actividades sociales y con frecuencia no se siente desanimado y deprimido; lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de recuperación y restablecimiento del proceso de salud enfermedad, conllevándole a presentar complicaciones que pueden

poner en riesgo más aun su calidad de vida y el autocuidado que debe prodigarse en cuanto a la alimentación, higiene, ejercicio, descanso y sueño; así como su estado de ánimo y proceso de socialización en lo laboral, familiar y entorno social.

Como resultado y prácticas de los pacientes con diabetes contribuye en el ejercicio de la profesión de enfermería para que a través de dicha evaluación se otorgue enseñanza y consejos eficaces para los cuidados que son indispensables y fundamentales para mejorar la calidad de vida, sobre todo cuando ya se ha indagado en lo que el paciente conoce sobre la diabetes mellitus, tratamiento, habilidad en el autocuidado sobre la alimentación, ejercicios, higiene, cuidado de los pies y uñas, para evitar las complicaciones de la enfermedad. Asimismo proporcionar apoyo emocional para que el paciente esté motivado al recibir educación, enseñanza y orientación.

En el trascurso de la diabetes mellitus tipo 2 existen dos factores de riesgo particularmente importantes la obesidad y la inactividad física; la mayor parte de los casos sufren complicaciones de polineuropatía, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera.

Los pacientes constantemente se ven influidos por el seguimiento constante de la toma de medicamentos, restricciones alimenticias y considerables consecuencias a nivel físico siendo impedimento para realizar sus actividades cotidianas como subir y bajar escaleras, salir con sus amistades a recrearse y/o bailar, realizar caminatas sin molestias.

En la actualidad se ve un aumento en el uso de los servicios de salud y las probabilidades de hospitalizaciones continuas así como el aumento

de complicaciones, las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 informan a menudo restricciones de las actividades y con menos probabilidad de tener buena salud en comparación con individuos no diabéticos.

Es por ello que el personal de salud debe promover el ejercicio físico lo cual lograremos disminuir la resistencia a la insulina, contribuyendo a mejorar el metabolismo hidrocarbonado.

Según Casanova Moreno María de la Caridad, Trasancos Delgado Maricela, Orraca Castillo Odalys, Prats Alvarez Olga María, Gómez Guerra Diana Belkis; 2010, Pinar del Río Cuba, su estudio reveló que predominó el sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general, la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo concluyendo que la atención Primaria de Salud debe insistir en programar actividades preventivas y de promoción a la salud, hacia los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estos, y, por ende, aspirar a una longevidad satisfactoria.

Por lo que según los resultados obtenidos en el estudio en torno a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión física, se puede concluir que la mayoría refiere que es medianamente inadecuada ya que su salud algunas veces es buena y en algunas ocasiones el dolor le ha dificultado su trabajo habitual, mientras que un mínimo porcentaje significativo manifiesta que es adecuado porque con frecuencia tienen mucha energía; seguido de un mínimo porcentaje que expresan que es

inadecuada ya que expresan que su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera, le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa o caminar más de una hora; lo que puede conllevarle a presentar complicaciones derivado del proceso salud enfermedad que puede conllevarlo a un mayor deterioro de las funciones residuales derivados de la enfermedad y ocasionar mayores cambios en el aspecto físico que puede conllevarlo a modificar su calidad de vida y las relaciones laborales, personales, familiares y sociales.

Por la cronicidad de la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2 y sus consecuencias se producen considerables restricciones y alteraciones en el estilo de vida especialmente en la dimensión social conllevando a insatisfacción sobre las actividades social que realizaban antes de tener la enfermedad.

Asimismo la pérdida de la salud y el deterioro progresivo disminuye la conservación de la imagen corporal positiva sociable y el mantenimiento de las relaciones familiares, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento las más frecuente es la negación y es mayor el problema si existe déficit económico cambia la visión de los pacientes y afecta gravemente en las relaciones sociales sea por su incapacidad laboral, perdida del bienestar derivado de los efectos de la enfermedad(dolor, sufrimiento, negación, etc)todo ello disminuye la calidad de vida del trabajador.

Según Salazar Estrada José G., Gutiérrez Strauss Ana María, Aranda Beltrán, Carolina, González Baltazar Raquel, Pando Moreno Manuel; el 2012, su estudio revelo que La calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un

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

De ahí que por lo expuesto en cuanto a los resultados obtenidos en el estudio sobre la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión social; el mayor porcentaje expresan que es medianamente adecuada ya que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, seguida de un menor porcentaje significativo que expresan que es inadecuada porque tuvieron que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas; y un mínimo porcentaje que manifestó que es adecuado ya que hizo menos actividades de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional y con menos cuidado que de costumbre; por lo que ello le puede conllevar a presentar mayores riesgos a complicaciones en su vida social con su entorno personal, laboral, social y familiar, tornándolo en una persona con tendencia a aislarse, conducta violenta o explosiva, conducta evasiva que puede alterar más aun su calidad de vida y por ende su capacidad de autocuidado en el marco del proceso de adaptación a los cambios que genera la enfermedad.

En vista del creciente porcentaje de enfermedades crónicas incluyendo la diabetes mellitus tipo 2 también es importante la creciente consideración en los factores psicológicos en el proceso salud-enfermedad, anteriormente se pensaba en el tratamiento médico de la enfermedad dirigida fundamentalmente al alivio de los síntomas y si era posible a la prolongación de la vida y el bienestar humano.

También es importante de cómo se siente ese ser humano enfrentando una enfermedad crónica y cómo repercute en su calidad, sus deseos de salir adelante y convivir con la diabetes mellitus; por ello

no solo es importante la curación de la enfermedad, sino el logro de una vida más funcional y satisfactoria para las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, ya que uno de sus principales cambios y quizá el que causa mayor deterioro en el aspecto emocional puesto que la persona se obliga forzosamente a un proceso de adaptación rápida que pasa por diferentes etapas que promueven diferentes emociones comúnmente negativas como el miedo, la ira y la ansiedad, aumenta los niveles de stress conocido como una etapa de duelo que es una respuesta a la pérdida de la salud.

Según De la Cruz Gonzales, Verónica, el 2004 ,México, La muestra la conformaron 100 personas, Se utilizó cédula de datos personales y el instrumento encuesta del estado de salud SF-36, construida por 8 subconceptos o escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental su Concluyendo los resultados del estudio reportaron que la percepción de Calidad de vida de los adultos con diabetes tipo2 fue baja. Se identificó asociación de edad, años de padecer diabetes tipo 2, número de hospitalizaciones a causa de la diabetes con Calidad de vida en forma general. Los resultados obtenidos permitieron conocer el impacto de la enfermedad en el paciente y contribuirán a los profesionales de enfermería a establecer líneas de acción más específicas para lograr una mejora de la Calidad de vida de estas personas y sus familias.

Por lo que según los resultados obtenidos en el estudio en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión psicológica; la mayoría expresan que es medianamente adecuada ya que con frecuencia se siente desanimados y deprimidos; seguido de un mínimo porcentaje que manifiesta que es inadecuada ya que hicieron menos de lo que hubieran querido hacer;

mientras que un mínimo porcentaje de pacientes manifiestan que es adecuado ya que con frecuencia se siente calmado y tranquilo; lo cual le puede conllevar a que presente riesgos a complicaciones derivadas de la repercusión de la enfermedad en el aspecto psicológico que puede traer consigo a una baja autoestima, tendencia a aislarse y tener una conducta evasiva con tendencia a la violencia y a no aceptar los cambios que trae consigo la enfermedad en su estilo de vida personal, laboral, familiar y social. Por lo que el profesional de Enfermería debe mediante las actividades preventivo promocionales y el uso de técnicas participativas contribuir a promover en el paciente y familia una cultura de prevención y favorecer la adopción de estilos de vida saludable orientada a mejorar el proceso de adaptación a los cambios que produce la enfermedad, el autocuidado y mejorar su calidad de vida contribuyendo de alguna manera al control de la enfermedad y disminuir la mortalidad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de consulta externa, el mayor porcentaje expresa que es medianamente adecuada, ya que su salud algunas veces es buena, tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas e hizo menos de lo que hubiera querido hacer; seguido de un menor porcentaje significativo de pacientes que manifestaron que es inadecuada ya que no se siente calmado y tranquilo, realiza su trabajo con más cuidado que de costumbre debido a un problema emocional, la presencia de dolor le ha dificultado su trabajo habitual y con frecuencia no tuvo mucha energía; sin embargo un mínimo porcentaje expresa que es adecuada, ya que su salud es buena, la salud física o problemas emocionales no le han dificultado sus actividades sociales y no se siente desanimado y deprimido.
- Respecto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión física en el servicio de consulta externa, la mayoría piensan que es adecuada ya que con frecuencia tienen mucha energía; el mayor porcentaje expresa que es inadecuada porque su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera y para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa o caminar más de una hora; seguido de un menor porcentaje significativo

que manifiesta que es medianamente inadecuada ya que algunas veces su salud es buena y el dolor le ha dificultado su trabajo habitual.

- Acerca de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión social en el servicio de consulta externa, el mayor porcentaje manifiesta que es adecuada aun cuando hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional y realizo su trabajo o actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre por algún problema emocional; seguido de un menor porcentaje considerable que manifiesta que es inadecuada ya que tuvieron que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas; mientras que un porcentaje considerable expresa que es medianamente adecuada ya que con frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.

- En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica según dimensión psicológica en el servicio de consulta externa, la mayoría manifestaron que es adecuada porque con frecuencia se siente calmado y tranquilo; mientras que un porcentaje considerable expresan que es inadecuada ya que hicieron menos cosas de lo que hubieran querido hacer; seguido de un porcentaje considerable que refieren que es medianamente adecuada ya que con frecuencia se sienten desanimados y deprimidos.

5.2. RECOMENDACIONES

- A las autoridades y el Departamento de Enfermería, así como los profesionales de enfermería que laboran en consultorio del Adulto Mayor, elaboren programas de educación para la salud dirigidas a la población de riesgo, a fin de reducir los riesgos de complicaciones.
- Promover al personal de Enfermería que labora en el consultorio de adulto mayor y control del paciente diabético que elabore constantemente material educativo a través de folletos, trípticos y/o recetas económicas entorno al tipo de alimentos ricos en proteínas, consumo de verduras, frutas, líquidos, bajo en azúcares, disminuir los carbohidratos, así como forma de preparación, cantidad, frecuencia y consistencia.
- Realizar estudios anuales sobre calidad de vida en pacientes diabéticos y comparar estadísticas para elaborar nuevas estrategias para mejorar el estilo de vida de cada paciente.
- Incluir a los familiares de los pacientes diabéticos en los programas de educación para la salud dirigida para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, incorporar estrategias participativas orientadas a promover la participación activa y consciente de los asistentes y familias, promoviendo y fortaleciendo las prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones que pueden afectar su calidad de vida.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones solo son válidos y generalizables para la población de estudio; es decir los pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa del Hospital Octavio Mongrut.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)(36) Victoria jarcia, Carmen Regina “Calidad de vida en Enfermos Crónicos” En Rev. Med. Habanera de Ciencias Médicas, oct-Nov 2007.Vol 6. N°4-version [online] ISSN 1729-519 X.

(2)(5)Mera Santander, Marcela Lorena “ Calidad de Vida de pacientes con insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis – Centro Médico Dial-Sur.Osorno-Chile 2006”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].pgn.11-16.

(3)(4)<http://www1.paho.org/spanish/hcp/hcn/ipm/diabetes.htm>.
Consulta en el 2014.

(6)(7)García Gómez, Juan Leonardo” Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 en el Hospital Universitario Ntra.Sra de la candelaria de Tenerife”España,2010 [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].pgn.93-97.

(8)(25)(30)Álvarez Guzmán, Walter y Gonzales Vásquez Jaime Dagoberto “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital Nacional regional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel” Enero- junio2010. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina]. El Salvador.pgn.28-31.

(9) <http://www.essalud.gob.pe/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>
Boletín tecnológico: Evaluación d tecnología en salud N° 20 - 2006.Pgn1-2.

(10)(11)(34) http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm
Buscador: Google Tema: Diabetes Mellitus tipo II, consulta en 2014

(12) <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoriaf>

2013.pdf._Consulta en 2014.pgn 114-118-119.

(13)(37) www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm
Gómez Vela, María "Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica", consulta en 2015.

(14)(17) www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article
Buscador: Google Tema: Diabetes Mellitus tipo II, consulta en 2014.

(15)(34) De los Ríos Castillo José Lauro, Sánchez Sosa Juan José, Barrios Santiago Pedro, Guerrero Sustaita Verónica "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2." Mexico, 2003. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

(16) Casanova Moreno María de la Caridad, Trasancos Delgado Maricela, Orraca Castillo Odalys, Prats Alvarez Olga María, Gómez Guerra Diana "Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2" Cuyba, 2010 [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

(18) Salazar Estrada, José G. Gutiérrez Strauss, Ana María Aranda Beltrán, Carolina; González Baltazar, Raquel; Pando Moreno, Manuel. "Calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México) 2012. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].

(19)(27) Gamboa Terrones Juana. "Calidad de Vida en Diabetes Mellitus tipo 2" México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2004. [Tesis para optar el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria].

(20) De la Cruz Gonzales, Verónica "Calidad de vida del paciente con diabetes tipo 2", Mexico, 2004. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

(21) A. Hervás, A. Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Díez ;2003, Navarra- España, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”España,2003. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].

(22) Pebes Mendoza Alejandrina Bertha “Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el hospital regional de Ica”Ica-Perú,2010.[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

(23)(24)(26) Haya Pezo, Karina y Palma Angulo Kety “Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 –Programa de diabetes Mellitus.Hospital Essalud II Tarapoto.Julio-Agostp 2012. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].pgn.8-10.

(28) Orem, Dorothy .E. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª Ed. España. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1995.

(29)Delgado Gonzales, Alejandra. “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus”. Colombia.2009.[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

(32)<http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Seguí Gomà,Anna; Amador Peris Patricia; Ramos Alcario Ana Belen “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis” Revista sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Vol.13 ,Nº3 Madrid jul.-sep. 2010 Versión impresa ISSN 1139-1375,consulta en 2015.

(35) <http://www.buenastareas.com/ensayos/Dimensiones-Del-Ser-Humano/1456229.html>. Consulta en 2015.

(36) <http://www.definicionabc.com/social/calidad-de-vida.php>. Tema:
Calidad de vida, consulta en 2014.

(38)((39)40) <http://www.org/wiki/diabetes-mellitus>.
Tema: Diabetes Mellitus, consulta en 2014.

(41) <http://www.kidneyfund.org/espanol/falla-renal/enfermedad-renal.html?referrer=https://www.google.com.pe/>
Tema : Insuficiencia Renal Crónica Terminal, consulta en 2014.

BIBLIOGRAFÍA

A. Hervás, A. Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Díez ;2003, Navarra- España, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”España,2003. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].

Álvarez Guzmán, Walter y Gonzales Vásquez Jaime Dagoberto “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital Nacional regional San Juan de Dios de la ciudad de San Miguel” Enero- junio2010. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina]. El Salvador.pgn.28-31.

Casanova Moreno María de la Caridad, Trasancos Delgado Maricela, Orraca Castillo Odalys,Prats Alvarez Olga María, Gómez Guerra Diana “Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2”Cuyba,2010[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

De los Ríos Castillo José Lauro, Sánchez Sosa Juan José, Barrios Santiago Pedro, Guerrero Sustaita Verónica“ Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.”Mexico, 2003. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

De la Cruz Gonzales, Verónica “Calidad de vida del paciente con diabetes tipo 2”,Mexico,2004. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

Delgado Gonzales, Alejandra. “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus”. Colombia.2009.[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

García Gómez, Juan Leonardo” Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo , Hospital Universitario Ntra.Sra de la candelaria de Tenerife” España,2010 [Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].pgn.93-97.

Gamboa Terrones Juana. “Calidad de Vida en Diabetes Mellitus tipo 2” México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2004. [Tesis para optar el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria].

Haya Pezo, Karina y Palma Angulo Kety “Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 –Programa de diabetes Mellitus.Hospital Essalud II Tarapoto.Julio-Agostp 2012. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].pgn.8-10.

José G. Salazar Estrada, José G. Gutiérrez Strauss, Ana María Aranda Beltrán, Carolina; González Baltazar, Raquel; Pando Moreno, Manuel. “Calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México)2012.[Tesis para optar el Grado de Doctor en Medicina].

Mera Santander, Marcela Lorena “ Calidad de Vida de pacientes con insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis – Centro Médico Dial-Sur.Osorno-Chile 2006”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].pgn.11-16.

Orem, Dorothy .E. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª Ed. España. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1995.

Pebes Mendoza Alejandrina Bertha “Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el hospital regional de Ica”Ica-Perú,2010.[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería].

Victoria García, Carmen Regina “Calidad de vida en Enfermos Crónicos” En Rev. Med. Habanera de Ciencias Médicas, oct-Nov 2007.Vol 6. N°4-version [online] ISSN 1729-519 X.

<http://www1.paho.org/spanish/hcp/hcn/ipm/diabetes.htm>. Revisado en el 2014.

http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm

Buscador: Google Tema: Diabetes Mellitus tipo II, revisado en el 2014

<http://www.essalud.gob.pe/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>

Boletín tecnológico: Evaluación d tecnología en salud N° 20 - 2006.Pgn1-2.

<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/memoria/memoriaf2013.pdf>. Consultado 2014.pgn 114-118-119.

www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm

Gómez Vela, Maria” Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica”,revisado en el 2015.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article

Tema: Diabetes Mellitus tipo II, revisado en el 2014.

<http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Seguí Gomà,Anna; Amador Peris Patricia; Ramos Alcario Ana Belen “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis” Revista sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Vol.13 ,N°3 Madrid jul.-sep. 2010 Versión impresa ISSN 1139-1375, revisado en el 2015.

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Dimensiones-Del-Ser-Humano/1456229.html>. Revisado en el 2015.

<http://www.definicionabc.com/social/calidad-de-vida.php>. Tema: Calidad de vida, revisado en el 2014.

<http://www.org/wiki/diabetes-mellitus>.

Tema: Diabetes Mellitus, revisado en el 2014.

<http://www.kidneyfund.org/espanol/falla-renal/enfermedad-renal.html?referrer=https://www.google.com.pe/>

Tema : Insuficiencia Renal Crónica Terminal, revisado en el 2014.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A.	Operacionalización de la Variable	I
B.	Matriz de operacionalización de la variable	II
C.	Instrumento	III
D.	Consentimiento Informado	VII
E.	Determinación de la Muestra	VIII
F.	Tabla de Concordancia – prueba Binominal	IX
G.	Tabla de Códigos	X
H.	Tabla Matriz de datos	XII
I.	Validez del Instrumento	XV
J.	Confiabilidad del Instrumento	XVI
K.	Medición de la variable	XVII
L.	Datos generales sobre la calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Consulta externa- Hospital Octavio Mongrut, Lima-Peru,2015.	XX
M.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Consulta externa- Hospital Octavio Mongrut, Lima-Peru,2015.	XXI
N.	Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según dimensión física en el servicio de Consulta externa- Hospital Octavio Mongrut, Lima-Peru,2015..	XXII

ANEXO**PÁG.**

- O. Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según dimensión social en el servicio de Consulta externa- Hospital Octavio Mongrut, Lima-Peru,2015. XXIII
- P. Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II e Insuficiencia Renal Crónica según dimensión social en el servicio de Consulta externa- Hospital Octavio Mongrut, Lima-Peru,2015. XXIV

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Valor final de la variable	Criterios para asignar ese valor	Procedimientos para la medición	Aproximaciones de técnicas e instrumentos	Escala de medición
Adecuada	Proposición Siempre = 5 Algunas veces = 4 Casi siempre = 3	Se realizó el trámite administrativo a la institución a través de un oficio para obtener la autorización.	Se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue un cuestionario SF-12 que consta de 12 preguntas.	O R D I N A L
Medianamente adecuada	Solo una vez = 2 Nunca = 1	Se coordinó con la Enfermera Jefe del Servicio de Consulta Externa para el inicio de la recolección de datos.		
Inadecuada	Para establecer los intervalos de clase se utilizó la escala de Estanones.			

ANEXO C



UNMSM – FM - UPG
PSEE 2014

INSTRUMENTO – CALIDAD DE VIDA SF 12

PRESENTACIÓN

Buenos días mi nombre es Sonia Betsabé Varillas Cuentas, me encuentro realizando un estudio de investigación en coordinación con la institución. Para lo cual se solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación en el presente trabajo.

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste con honestidad marcando con una (X) la respuesta que crea conveniente.

DATOS GENERALES

Edad _____

Sexo: F () M ()

Grado de instrucción: 1. Analfabeto () 2. Primaria ()
3. Secundaria () 4. Técnico ()
5. Superior ()

Estado civil: Soltero () Conviviente () Casado () Divorciado () Viudo ()

DATOS ESPECIFICOS

Por favor marque una sola respuesta

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podría hacer en un día normal.

2.- ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora?

- Si, me limita mucho
- Si, me limita un poco
- No, no me limita nada

3.- ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

- Si, me limita mucho
- Si, me limita un poco
- No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

5.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso).

6.- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

7.- ¿Hizo sus trabajo o actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Bastante |
| <input type="checkbox"/> Mucho | |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se Parezca más a cómo se ha sentido usted.

9.- ¿Con que frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

10.- ¿Con que frecuencia tuvo mucha energía?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Casi siempre | <input type="checkbox"/> Solo una vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

11.- ¿Con que frecuencia se sintió desanimado y deprimido?

- Siempre Algunas veces
 Casi siempre Solo una vez
 Nunca

12.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre Algunas veces
 Casi siempre Solo una vez Nunca

Gracias por su colaboración.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut-2014”.

Habiendo sido informado(a) de la misma, así como los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad.

.....

FIRMA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado(a) Sr: (a) (ita) :

La investigadora de estudio para lo cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad, de la información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto

ATTE.

Sonia Varillas Cuentas

Autora del estudio

ANEXO E

DETERMINACION DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra. Proporciones para población finita

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza.(95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 – p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas característica.

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (120) (0,5) (0,5)}{120 - 1 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = \frac{115.248}{1.19 + 0.9604} = 53 \text{ ptes}$$

ANEXO F

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								PUNTAJE
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA

ANEXO G

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

N°	Pregunta-Variable	Categoría	Código
1	Edad	41-54	01
		55-67	02
		68-82	03
2	Sexo	Femenino	01
		Masculino	02
3	Grado de instrucción	Analfabeto	01
		Primaria	02
		Secundaria	03
		Técnico	04
		Superior	05
4	Estado Civil	Soltero	01
		Conviviente	02
		Casado	03
		Divorciado	04
		Viudo	05

DATOS ESPECIFICOS

DIMENSION	ITEM	CATEGORIA	CODIGO	
DIMENSION FISICA	01	Excelente	5	
		Muy buena	4	
		Buena	3	
		Regular	2	
		Mala	1	
	02	Si, me limita mucho	1	
		Si, me limita poco	2	
		No, no me limita nada	3	
	03	Si, me limita mucho	1	
		Si, me limita poco	2	
		No, no me limita nada	3	
	08	Nada	1	
		Un poco	2	
		Regular	3	
		Bastante	4	
		Mucho	5	
		10	Siempre	5

		Algunas Veces Casi siempre Solo una vez Nunca	3 4 2 1
DIMENSION SOCIAL	05	Siempre	5
		Algunas Veces	4
		Casi siempre	3
		Solo una vez	2
		Nunca	1
	06	Siempre	5
		Algunas Veces	4
		Casi siempre	3
		Solo una vez	2
		Nunca	1
	07	Siempre	5
		Algunas Veces	4
Casi siempre		3	
Solo una vez		2	
Nunca		1	
12	Siempre	5	
	Algunas Veces	3	
	Casi siempre	4	
	Solo una vez	2	
	Nunca	1	
DIMENSION PSICOLOGICA	04	Siempre	5
		Algunas Veces	4
		Casi siempre	3
		Solo una vez	2
		Nunca	1
	09	Siempre	5
		Algunas Veces	4
		Casi siempre	3
		Solo una vez	2
11	Siempre	5	
	Algunas Veces	3	
	Casi siempre	4	
	Solo una vez	2	
	Nunca	1	

ANEXO H

TABLA MATRIZ DE DATOS – CALIDAD DE VIDA SF 12

E	DATOS GENERALES				DIMENSION FISICA					DIMENSION SOCIAL				DIMENSION PSICOLOGICA			TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	8	10	5	6	7	12	4	9	11	
1	1	1	2	3	2	2	1	3	5	5	4	4	4	4	4	3	41
2	2	1	3	3	1	1	1	4	1	4	5	5	4	5	4	4	39
3	2	1	2	2	2	2	2	3	4	4	4	3	3	4	4	3	38
4	1	2	2	2	2	3	3	2	4	1	1	1	1	2	5	1	26
5	3	2	3	2	2	2	2	3	4	3	4	2	3	3	4	3	35
6	1	1	4	1	3	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	26
7	3	2	5	3	2	1	1	5	2	5	4	4	5	5	4	4	42
8	2	2	2	4	2	2	2	3	2	4	4	4	3	3	4	3	36
9	1	1	5	4	3	3	2	1	4	2	2	1	3	1	5	1	28
10	2	2	5	4	3	2	2	2	4	4	4	4	3	4	4	2	38
11	1	2	5	2	2	3	3	2	3	2	4	4	3	1	4	3	34
12	2	1	4	2	2	2	2	2	4	4	4	2	3	3	4	3	35
13	1	1	4	2	2	2	2	2	4	4	4	2	3	3	4	3	35
14	2	1	5	5	3	2	3	3	5	4	4	4	2	2	5	2	39
15	3	2	2	5	3	1	1	3	4	3	3	4	3	5	4	4	38
16	1	1	4	1	3	3	3	2	5	2	4	4	1	1	5	2	35
17	2	2	3	5	2	2	2	2	4	4	4	4	1	4	4	1	34
18	2	1	2	4	2	2	1	3	4	5	4	4	3	5	4	4	41
19	2	1	5	3	1	1	1	4	2	5	5	5	4	5	3	3	39
20	2	2	4	5	2	2	1	3	1	3	3	3	4	3	2	3	30
21	2	2	3	4	3	2	2	3	2	4	4	4	3	4	4	2	37
22	1	2	3	3	3	3	3	1	5	2	2	1	1	1	5	1	28

E	DATOS GENERALES				DIMENSION FISICA					DIMENSION SOCIAL				DIMENSION PSICOLOGICA			TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	8	10	5	6	7	12	4	9	11	
23	3	1	2	5	1	1	1	4	1	5	5	5	4	5	4	3	39
24	2	1	5	2	2	2	2	3	2	5	4	4	3	5	4	4	40
25	2	1	3	4	2	2	2	3	4	4	4	3	4	3	4	4	39
26	1	1	5	4	4	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	27
27	3	1	4	2	2	2	2	4	1	4	4	4	3	4	2	2	34
28	3	2	3	3	2	1	1	3	4	4	4	4	4	4	1	3	35
29	2	2	4	2	4	3	3	1	4	1	1	1	1	2	5	1	27
30	2	1	4	1	3	2	2	2	5	4	4	1	2	2	5	2	34
31	2	1	5	5	2	2	2	3	4	3	4	4	4	4	4	3	39
32	2	2	5	5	5	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	28
33	1	1	3	3	3	3	1	1	5	1	2	1	1	2	5	1	26
34	1	1	5	1	3	3	3	2	5	1	1	1	3	1	5	1	29
35	1	2	3	4	1	1	1	5	4	5	5	5	3	5	2	3	40
36	2	2	2	2	1	1	1	4	1	5	5	5	3	5	2	3	36
37	2	2	2	2	3	2	2	2	4	4	4	4	3	4	4	3	39
38	1	2	3	4	2	1	1	5	2	5	5	4	3	5	5	3	41
39	2	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	3	4	4	3	38
40	2	1	5	3	3	3	3	1	5	2	4	2	2	2	5	3	35
41	2	1	5	3	2	2	1	3	4	3	4	3	3	3	4	4	36
42	2	1	4	2	2	2	5	3	2	2	2	4	3	4	4	3	36
43	1	2	5	4	2	3	2	1	5	1	2	1	2	1	5	5	30
44	2	2	3	2	2	5	5	3	4	3	3	4	4	3	4	4	44
45	1	1	5	3	3	2	2	2	5	4	4	4	2	2	5	1	36
46	2	1	2	2	2	2	5	2	4	4	4	4	3	2	3	3	38
47	2	2	3	4	3	3	1	3	5	2	4	2	3	2	4	3	35
48	3	1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	4	55
49	2	1	2	2	2	2	2	3	4	3	4	4	3	3	4	3	37
50	2	2	4	3	3	3	1	1	5	2	1	1	1	2	5	2	27

E	DATOS GENERALES				DIMENSION FISICA					DIMENSION SOCIAL				DIMENSION PSICOLOGICA			TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	8	10	5	6	7	12	4	9	11	
51	1	1	3	4	2	2	2	2	3	2	2	5	1	4	2	2	29
52	1	2	5	1	1	3	3	1	5	2	1	1	1	1	5	1	25
53	3	1	2	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	2	3	47
54	3	2	3	2	2	1	1	3	4	2	3	4	2	2	4	2	30
55	1	1	5	2	4	3	3	2	5	1	1	1	1	1	5	2	29
56	2	2	3	3	5	1	5	3	4	4	4	4	3	2	4	3	42
57	1	2	3	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	20
58	2	1	2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	2	2	52
59	2	2	4	1	5	2	2	3	4	3	4	3	3	3	4	2	38
60	3	2	2	1	5	3	2	3	4	4	2	4	3	4	4	2	40
					0.2040 453	- 0.0741 29	0.2083 4	0.787 35	-0.161	0.804 63	0.788 87	0.759 72	0.7577 6	0.7162 9	-0.4997	0.61124	40.95
					1.2733 333		1.4766 7	1.398 89		1.926 67	1.760 83	2.094 17	1.2497 2	2.0808 3		1.08222	14.34

ANEXO I

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.20	6	0.78
2	-0.07	7	0.75
3	0.20	12	0.75
8	0.78	4	0.71
10	-0.16	9	-0.49
5	0.80	11	0.61

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 2, 10 y 9 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO J

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Escala Likert se procedió a utilizar la fórmula α de Crombach (**alfa – Crombach**):

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$$K = 9$$

$$K - 1 = 8$$

$$S_i^2 = 14.34$$

$$S_t^2 = 40.95$$

Reemplazando en la expresión (1):

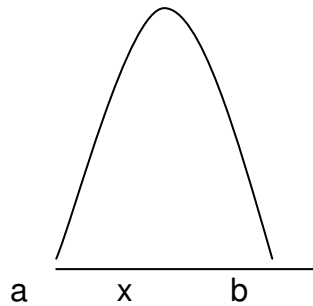
Se obtiene Alfa de Crombach = 0.73

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO K

MEDICION DE LA VARIABLE

1.- Categorización sobre la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2} = 6.39$

Promedio: $\bar{X} = \frac{\sum x}{n} = 35.43$

$a = 35.43 + 0.75 (6.39) = 40.22 = 40$

$b = 35.43 - 0.75 (6.39) = 30.64 = 31$

Inadecuada	< 30
Medianamente adecuada	31 A 40
Adecuada	> 41

2.- Categorización sobre la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica según dimensión física en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 3.19$

Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} = 13.48$$

$a = 13.48 + 0.75 (3.19) = 16$

$b = 13.48 - 0.75 (3.19) = 11$

Inadecuada	< 10
Medianamente adecuada	11 A 16
Adecuada	> 17

3.- Categorización sobre la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica según dimensión social en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 4.73$

Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} = 12.38$$

$a = 12.38 + 0.75 (4.73) = 16$

$b = 12.38 - 0.75 (4.73) = 09$

Inadecuada	< 8
Medianamente adecuada	9 A 16
Adecuada	> 17

4.- Categorización sobre la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II e insuficiencia Renal Crónica según dimensión psicológica en el Servicio de Consulta externa del Hospital Octavio Mongrut.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2} = 1.78$

Promedio:
$$X = \frac{\sum x}{n} = 9.56$$

$$a = 9.56 + 0.75 (1.78) = 11$$

$$b = 9.56 - 0.75 (1.78) = 8$$

Inadecuada	< 7
Medianamente adecuada	8 A 11
Adecuada	> 12

ANEXO L

DATOS GENERALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

DATOS GENERALES DEL FAMILIAR	N	%
EDAD		
41 – 54	19	32
55 – 67	31	52
68 – 82	10	16
TOTAL	60	100
SEXO		
MASCULINO	29	48
FEMENINO	31	52
TOTAL	60	100
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	00	00
CONVIVIENTE	15	25
CASADO	16	27
DIVORCIADO	12	20
VIUDO	17	28
TOTAL	60	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETO	07	12
PRIMARIA	18	30
SECUNDARIA	12	20
TECNICO	14	23
SUPERIOR	09	15
TOTAL	60	100

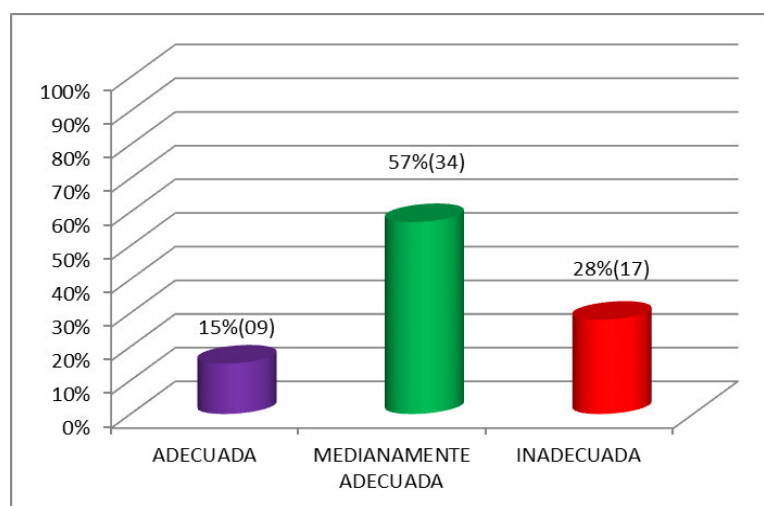
FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

ANEXO M

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

CALIDAD DE VIDA	N°	%
ADECUADA	09	15%
MEDIANAMENTE ADECUADA	34	57%
INADECUADA	17	28%
TOTAL	60	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

ANEXO N

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION FISICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

ITEMS	INADECUADA		MEDIANAMENTE ADECUADA		ADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. En general, usted diría que su salud es	34	57%	16	27%	10	17%	60	100%
2. Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora.	38	63%	19	32%	3	5%	60	100%
3. Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera.	39	65%	14	23%	7	12%	60	100%
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?	27	45%	22	37%	11	18%	60	100%
10. Con que frecuencia tuvo mucha energía.	14	23%	2	3%	44	73%	60	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

ANEXO O

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION SOCIAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

ITEMS	INADECUADA		MEDIANAMENTE ADECUADA		ADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.	21	35%	8	13%	31	52%	60	100%
6. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional.	17	28%	4	7%	39	65%	60	100%
7. Hizo sus trabajo o actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional.	20	33%	5	8%	35	58%	60	100%
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?	20	33%	27	45%	13	22%	60	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015

ANEXO P

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SEGUN DIMENSION PSICOLOGICA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT LIMA – PERU 2015

ITEMS	INADECUADA		MEDIANAMENTE ADECUADA		ADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer.	24	40%	10	17%	26	43%	60	100%
9. Con que frecuencia se sintió calmado y tranquilo.	9	15%	2	3%	49	82%	60	100%
11. Con que frecuencia se sintió desanimado y deprimido.	26	43%	24	40%	10	17%	60	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes que acuden al Consulta Externa del HOM- 2015