



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL PROGRAMA
DIABETES MELLITUS RELACIONADO CON SU
PERSPECTIVAS ESPIRITUALES. "HOSPITAL DOS DE
MAYO". LIMA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA

Presentado por:

AUTOR: JIMÉNEZ CÓRDOVA, REYNELDA

PAZ VILLANUEVA, MARIELLA YVONNE

ASESORA: DRA. SHERÍN LUZ KREDERTD ARAUJO

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, quien es el motor de mi vida, que en todo momento sentí su presencia guiándome, apoyándome iluminándome y fortaleciéndome en los momentos más difíciles a través de diversas señales que me ayudaron a seguir adelante y llegar hasta esta etapa muy importante en mi vida como es la culminación de esta hermosa carrera profesional de enfermería

Reynelda Jiménez Córdova

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi fortaleza diaria, permitiéndome haber realizado un logro más en mi vida, porque con El, todo sin El nada .A mi esposo por su amor y comprensión, A mi hijo por ser una motivación más en mi vida. A mis queridos y amados padres por enseñarme a luchar y vencer los obstáculos, con su amor y sacrificio han hecho posible la culminación de esta etapa de mi vida y nunca perdieron la fe. A mis jefes de trabajo por su apoyo.

Mariella Yvonne Paz Villanueva

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ayudarme a cumplir mi meta con éxito, por llenarme de bendiciones, sabiduría y fortaleza en los momentos más difíciles. A mis padres Manuel, Otilia y hermano(a)s, quienes son el motivo de mis logros y mis alegrías, quienes siempre están conmigo alentándome siempre a seguir adelante y a lograr mis objetivos entre ellos el que hoy pueda presentar ésta tesis realizada con mucho esmero y dedicación.

A mi Congregación Religiosas Reparadoras del Sagrado Corazón, en especial a la Superiora Madre Cristina Morales por su apoyo constante e incondicional.

A la asesora, Dra. Sherin Krederdt quien me orientó, guió, apoyó, animó y supervisó durante el proceso de investigación, siendo ello parte vital para la realización de la presente tesis.

Al Dr. Hugo Arbañil; Licenciado enfermero Rafael Chucos y en general al personal de salud del Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, quienes facilitaron la sede de estudio. A los pacientes que dieron su consentimiento informado para responder las Escalas Calidad de Vida y Perspectiva Espiritual; y finalmente a la Dra. Enfermera Pamela Reed por autorizar el uso de la Escala Perspectiva Espiritual a quien le estamos agradecidas.

Reynelda Jiménez Córdova

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso quien me dio el don de la vida, por ser mi guía espiritual que me conduce siempre hacia el camino del bien y el éxito, permitiéndome haber realizado un logro más en este camino. A mis queridos padres Guillermo y Julia; por su amor incondicional y darme siempre su apoyo en todo momento el haberme enseñado a luchar, vencer los obstáculos y nunca perder la Fe. A mi Esposo Elvis por su amor, comprensión por ese optimismo que me impulso a seguir adelante. A mi Hijo Edson por su paciencia y comprensión. A mis familiares y amigos en general que con sus palabras me impulsaron a continuar con este reto que me tracé a pesar de las dificultades que se presentaron.

A la asesora, Dra. Sherin Krederdt por su apoyo y valiosa colaboración, quien con sus conocimientos, experiencia, su paciencia y motivación constante han logrado en mí que pueda culminar esta etapa de mis estudios con éxito.

Al Director del programa Dr. Hugo Arbañil, Lic.de enfermería Rafael Chucos y en general al personal de salud. A los pacientes quienes permitieron ser parte importante de este trabajo.

A la Dra. Pamela G. Reed por autorizar el uso de la Escala Perspectiva Espiritual.

Y finalmente a mis jefes de trabajo del HMC y el CSM-CGE, quienes me motivaron a seguir con mis estudios y la culminación de mi trabajo de investigación

Mariella Yvonne Paz Villanueva

ASESORA

Dra. SHERIN LUZ KREDERDT ARAUJO

JURADO

PRESIDENTE: Dr. Walter Gómez Gonzales

SECRETARIA: Mg. Graciela Guevara Morote

VOCAL: Mg. Wilmer Calsin Pacompia

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria	iii-iv
Agradecimientos.....	v-vi
Asesora de tesis.....	vii
Jurado	viii
Índice.....	ix-x
Índice Tablas	xi
Índice Gráficos	xii
Índice Cuadros	xiii
Resumen.....	xiv
Summary.....	xv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	16-21
1.2. Formulación del problema	21-22
1.3. Justificación.....	22
1.4. Objetivos	
1.4.1 Objetivos Generales	23
1.4.2 Objetivos Específicos.....	23-24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	25
2.2. Base teórica	34
2.3. Terminología básica	49
2.4. Hipótesis.....	49-50

2.5. Variables	51-53
----------------------	-------

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de Investigación	54
--	----

3.2. Población y muestra	54-55
--------------------------------	-------

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55-57
--	-------

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	57
--	----

3.5. Aspectos éticos	57-58
----------------------------	-------

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	59
-----------------------	----

4.2. Discusión.....	64
---------------------	----

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	72-73
------------------------	-------

5.2. Recomendaciones.....	73
---------------------------	----

REFERENCIAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2. Calidad de vida total. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital. Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	59
Tabla 7. Perspectiva espiritual total. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	61
Tabla 11. Relación entre Calidad de Vida y Perspectiva Espiritual. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	63

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Valores finales en 4 dimensiones de la Calidad de Vida. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	60
Gráfico 2. Valores finales en 2 dimensiones de la Perspectiva Espiritual. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	62

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Correlación entre Calidad de Vida Total y Perspectiva Espiritual Total. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	63

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre Calidad de Vida y Perspectiva Espiritual de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2015. **Materiales y métodos:** Fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal, en una muestra conformada por 54 pacientes; se utilizó la técnica entrevista y los instrumentos fueron el cuestionario de calidad de vida específico para Diabetes Mellitus (EsDQOL) y la Escala de Perspectiva Espiritual, elaborado por Pamela Reed. Los datos recolectados se transcribieron a Hoja Matriz de Datos para su procesamiento estadístico. **Resultados:** Entre los hallazgos más relevantes se encontró que un poco más de la mitad (55.56%) de los pacientes evidenciaron calidad de vida medianamente saludable, con ligera tendencia a la no saludable en casi la tercera parte (29.63%), en tanto que un porcentaje menor (14.81%) la calidad de vida fue saludable; así mismo más de la mitad (66.66%) de los pacientes su perspectiva espiritual fue medianamente favorable. **Conclusiones:** No hubo relación entre calidad de vida y la perspectiva espiritual, aceptándose la H_0 . ($T_c < T_t$) y ($X^2_c < X^2_t$).

PALABRAS CLAVES: paciente, diabetes tipo 2, calidad de vida, perspectiva espiritual, relación

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between Quality of Life and Spiritual Perspective of patients attending the Diabetes Mellitus National Hospital Dos de Mayo Program. **Material and methods:** It was a quantitative, descriptive, correlational, transverse type, in a sample composed of 54 patients; the interview technique was used and the instruments were the specific quality of life questionnaire for Diabetes Mellitus (Specific diabetes quality of life) and the Spiritual Perspective Scale prepared by Pamela Reed. The collected data were transcribed into Matrix Data Sheet for statistical processing. **Results:** Among the most relevant findings, a little more than half (55.56%) of the patients showed a moderately healthy quality of life, with a slight tendency to unhealthy in almost a third (29.63%), while a percentage (14.81%) the quality of life was healthy; Likewise more than half (66.66%) of the patients, their spiritual outlook was moderately favorable; **Conclusions:** There was no relationship between quality of life and spiritual perspective, accepting H_0 . ($T_c < t_t$) and ($X^2_c < X^2_t$).

KEYS WORDS: patient, Type II diabetes, quality of life, Spiritual perspective, Relationship.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La diabetes mellitus [DM] es una enfermedad crónica considerada actualmente por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) como un problema de salud pública, y es definida por esta asociación como una alteración metabólica que se caracteriza por presentar hiperglucemia y complicaciones micro vasculares y cardiovasculares que se incrementan de forma muy veloz y manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad que influyen y reducen la calidad de vida, por cuanto que produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas como lo señala el Ministerio de Salud (1, 2).

Para Untiveros (3) et al. la prevalencia de DM varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, de Norteamérica los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana. Según Villena et.al en el Perú la prevalencia es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados, sin embargo, no se tienen datos certeros en los demás departamentos del Perú por lo que estos datos son tomados solo como referencia; así se menciona que en la actualidad esta enfermedad afecta a más de un millón de

peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados como lo señalan los autores mencionados. (4)

Diversos estudios como el de Cunha (5), García (6), reportan que los pacientes con DM, tipo II no sólo son físicamente afectados sino que también desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo que conlleva al deterioro del bienestar de los sujetos que la padecen. Dentro de estas alteraciones que pueden presentarse se encuentran, la ansiedad, inseguridad, miedo, angustia, impacto en la autoestima, el autoconcepto, [CV] entre otras conductas reactivas.

Es así que frente a los factores psicosociales relacionados se hace necesario estudiar su calidad de vida [CV], en tanto que para ellos la enfermedad como el tratamiento que reciben generan una alteración en diferentes aspectos de su vida como el aspecto social, familiar, laboral y su bienestar físico, de forma que tendrá que adaptarse a un nuevo estilo de vida y aprender a vivir con su enfermedad. En este sentido, CV es definido por diferentes autores, así de Pablos (7) sostiene que es “[...] una impresión subjetiva, que se tiende a infravalorar y que solo el paciente es capaz de definir. Dentro de los determinantes de la sensación subjetiva de bienestar y de buena calidad de vida se encuentra la ausencia de enfermedad y la buena situación funcional principalmente física.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (8) sostiene que la cv es “[...] como 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, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales y espirituales”.

Heras (9) et al. Señalan que “[...] investigaciones previas apuntan que la diabetes tipo II [...] afecta negativamente a la percepción de la CV [...] en los pacientes, la necesidad de insulino terapia o la disminución en la esperanza de vida debido a las complicaciones que acarrea esta patología pueden afectar negativamente en la percepción de la CV relacionada a la salud”

Urzúa (10) añade que la CV “[...] refleja la manera significativa cómo la DM afecta a las personas”.

Por ello, Mata (11) et al. Sostienen que es necesario comprender el sentido de calidad a través de su significado semántico “[...] CV nos hace pensar en excelencia, en un criterio de exquisitez, asociado a una característica humana y valores positivos como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud, la satisfacción”

En cambio en el WHOQOL group (12), resume que la CV es la percepción que tiene cada persona de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus expectativas, intereses y logros. Resultando así un concepto complejo que se relaciona con la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente. Dado que las personas evalúan de manera diferente las circunstancias de su vida, dependiendo de sus expectativas, valores y experiencias previas, los estudios sobre calidad de vida reconocen la importancia de esas diferencias que la mejora de la CV relacionada con la salud se ha convertido en la última década en el objetivo primordial de las intervenciones terapéuticas y sanitarias de los pacientes con DM. Y es que no sólo hay deterioro de la capacidad funcional y la percepción de bienestar del paciente, sino también las complicaciones futuras y las enfermedades asociadas como cardiopatías, hipertensión arterial, obesidad”.

En tal sentido Spitzer (13) considera que en el caso de estos pacientes se hace necesario evaluar los siguientes ámbitos: el funcionamiento físico, el funcionamiento social, el estado mental - emocional, la influencia de los síntomas, y por último la percepción del bienestar del paciente; ámbitos que deben ser tomados en cuenta en cualquier tipo de diabetes; así mismo, afirma que, en el control de la enfermedad deberían tenerse en cuenta como objetivo principal la CV y sus perspectivas espirituales [PE]; de ahí que Reed (14) la conceptúa como “[...] conocimiento de uno mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de una entidad suprema; como la cualidad que impulsa al ser humano a trascender y a darle un propósito a su existencia, buscando los medios necesarios para lograr estos objetivos mediante una vinculación significativa con Dios (según la concepción que se tenga de El) y/o con los demás, dentro o fuera de las instituciones religiosas.

Ahora bien, el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (PDMHNDM, en adelante) fue creado el 24 de agosto de 1992, está a cargo de un enfermero; el horario de atención es de 7:30am a 1:30pm de lunes a sábado .Asisten 60 pacientes por día con mayor predominio del sexo femenino; el promedio de edad es de 50-60 años procedentes del Distrito de Cercado de Lima, Barrios Altos, La Victoria, El Rímac. El Programa de Diabetes consiste en dar un soporte educativo para animar y fortalecer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el control metabólico del paciente diabético. En el Programa en lo que se refiere a la parte preventiva se realiza ciertas actividades como sesiones educativas, talleres, actividades recreativas, despistaje que se realizan los días martes con los pacientes antiguos y viernes participan los pacientes nuevos en el horario de las 10am.

Al interactuar con algunos de estos pacientes sobre su enfermedad, ellos manifiestan:

“[...] tengo la enfermedad de la diabetes desde hace 28 años heredada de mis padres diabéticos me afecta en varias dimensiones de mi vida como la parte laboral ya que trabajo en construcción ya no tengo la suficiente fuerza para realizar ese trabajo pesado además me van a despedir por tener la enfermedad, tengo dificultad en cumplir la dieta estrictamente ya que me alimento en la calle por motivos laborales, y no hay menú tipo dieta ideal para diabéticos, así como también me afecta la parte económica pues me demanda muchos gastos las consultas médicas, medicamentos”(Paciente varón, 40 años).

“[...] la enfermedad de la diabetes ha afectado mi calidad de vida en que ya no soy la de antes porque estoy condicionada a una dieta específica, rutina de ejercicios, y sujeta a un tratamiento específico que es bastante tedioso y dificultoso ya que son varias pastillas que a veces cansa y te aburre pero menos mal al entrar al programa de diabetes me ha ayudado bastante a saber sobrellevar y afrontar mi enfermedad con optimismo y a hora me encuentro bastante mejor”(paciente mujer, de 75 años y 35 años de padecer la enfermedad).

“[...] hace diez años que tengo diabetes en la cual me ha afectado sobretodo en la alimentación que ya no puedes comer lo que se te antoja sino que tienes que frenar tus gustos por una rigurosa dieta que no es nada fácil cumplirla ya que requiere de mucha voluntad para poder cumplirla además de tener una economía y dedicación para prepararla en casa además te invitan a reuniones, cumpleaños o a salir a pasear a la calle tienes que renunciar porque motivo de la dieta.”(Paciente mujer, 72 años hace 10 años que padece la enfermedad).

“[...] esta enfermedad es muy complicada requiere de mucha paciencia de quien la padece así como la comprensión y apoyo de la familia para poder sobrellevarla a mí me ha afectado emocionalmente al principio cuando me dijeron que tenía diabetes no lo aceptaba y me deprimía a menudo, incluso mi carácter cambio mucho, siempre estaba irritable y de mal humor menos mal mi familia me apoya mucho y sobre todo mi fe y confianza en Dios para poder sobrellevarla así como también en el Programa me han ayudado a superar y a seguir adelante”(Paciente mujer, de 65 años hace 15 años que tiene la enfermedad).

Por otro lado al interactuar con el enfermero, éste manifiesta” [...] la mayor dificultad es poner en práctica las recomendaciones que le brinda el personal de salud y eso abarca también la falta de cumplimiento al tratamiento, dependencia a la alimentación que le es prohibida ya que no se pueden resistir a la tentación de comer aquello que le hace daño a su salud o que la agrava surgiendo la complicaciones menores y mayores que posteriormente lo lleva a la muerte”.

Interpretando estos testimonios pareciera que la calidad de vida es heterogénea en los pacientes mencionados. En algunos pareciera que es saludable, en otros en cambio pareciera deficiente.

Por ello es que emergen algunas interrogantes en torno al condicionamiento, relacionamiento de la CV y de la PE tales como: edad; nivel de instrucción; tiempo de la enfermedad; el factor laboral; ¿la evaluación del Programa; el estado emocional; el apoyo familiar; la falta de adherencia al tratamiento; las complicaciones de la enfermedad; su fe y confianza en Dios; entre otros?

De este conjunto de interrogantes se ha delimitado una que se formula en el siguiente:

1.2. Formulación del problema

¿Qué relación hay entre la Calidad Vida y su Perspectiva Espiritual en los pacientes que acuden al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo año 2015?

1.3. JUSTIFICACION

1. IMPORTANCIA

Dada la prevalencia de la DM tipo II, ha cobrado gran relevancia los aspectos psicosociales que acompañan y que influyen en la enfermedad, puesto que los pacientes que padecen esta enfermedad crónica presentan una diversidad de consecuencias psicológicas como los sentimientos de inseguridad, la desesperanza, la dependencia a los servicios de salud para el control de su enfermedad, los cambios en el estilo de vida, etc. Estas condiciones hacen que el paciente tenga que adaptarse a una nueva situación, afrontar su enfermedad y complicaciones futuras.

Es por ello que la importancia de esta investigación residió en el aporte al conocimiento de la CV y su perspectiva espiritual y su autoconcepto, ya que en el PDMHNDM no se han encontrado investigaciones iguales o parecidas, constituyéndose la tesis en inédita.

Por otro lado esta investigación además aportará al trabajo asistencial de los centros de salud en general, ya que con los conocimientos de la propia realidad hay posibilidad de crear mayores alternativas de intervención, tratamiento y atención a estos pacientes, así mejorar su bienestar biopsicosocial, espiritual y por ende su CV.

2. RELEVANCIA PRACTICA

Por lo consiguiente en el PDMHNDM se consideró importante este estudio para incrementar la efectividad del tratamiento y el cumplimiento del mismo, en tanto

que abarca la restricción en la dieta del paciente, el apoyo familiar, presentan diversidad de consecuencias psicológicas como los sentimientos de inseguridad, desesperanza, cambios en el estilo de vida que, pueden interferir en la adherencia al tratamiento. Estas condiciones hacen que el paciente diabético tenga que adaptarse a una nueva situación, afrontar su enfermedad y sus complicaciones futuras; y sobre todo que su CV, estado emocional y su bienestar psicosocial y espiritual se vean alterados o impactados de alguna u otra forma en el transcurso de las etapas de su enfermedad.

3. RELEVANCIA TEORICA

El estudio proporciona conocimiento teórico a ser utilizado en la enseñanza del Cuidado Enfermero en el Adulto.

4. RIGOR METODOLOGICO

Por ser descriptiva correlacional, es replicable en otras instituciones hospitalarias.

5. FACTIBILIDAD

Se tuvo accesibilidad y facilidades a la fuente de datos

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre calidad de vida y la perspectiva espiritual de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer el nivel de calidad de vida de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2015.

- Describir la calidad de vida, en las Dimensiones Satisfacción; Impacto; Preocupación: Apoyo familiar/Social y Psicológica.
- Establecer el nivel de la perspectiva espiritual de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2015.
- Describir la perspectiva espiritual, en la Dimensión Prácticas Espirituales y describir la perspectiva espiritual, en la Dimensión Creencias Espirituales.
- Establecer la relación entre ambas variables (calidad de vida y perspectiva espiritual) de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2015.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

Bautista Luz, et al. (2014), Colombia, realizaron un estudio “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2”; cuyo Objetivo fué: Describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra constituida por 287 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante expresión verbal del consentimiento informado. Para recolectar la información se utilizó el cuestionario de Diabetes Quality of Life, que permite conocer la calidad de vida del paciente diabético, mediante la valoración de las subescalas satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, efectos sociales y vocacionales, efectos futuros de la enfermedad y bienestar general. Resultados: De los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3 % tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1 y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad, con 9,9. Conclusión: El estudio mostró que

los 287 pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad. (15)

Moura Camila, et al. (2014), Brasil realizaron un estudio La espiritualidad y la Calidad de vida en pacientes con Diabetes. El objetivo era comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, en correlación con su calidad de vida. Esta investigación se desarrolló en el Centro de Educación sobre la Diabetes de la Alcaldía Municipal de Pouso Alegre (Brasil), Minas Gerais. La muestra consistió en 20 pacientes con diabetes. El discurso del sujeto colectivo fue el método elegido para la construcción de los significados. Se aplicó cuestionario que constaba de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El perfil de los encuestados, en su mayoría eran mujeres, casadas, desempleadas y con estudios primarios incompletos. El estudio demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, que se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida. (16)

Orizaga José (2013), México reportó el estudio Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II asociados a defunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención en el IMSS- Queretano, el diseño fue transversal y de asociación simple. Se entrevistaron 270 usuarios de una unidad de primer nivel de atención, de sexo masculino y con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2. La edad promedio de los pacientes fue de 57.8 años, 37.5% tiene una escolaridad de secundaria, 85% casado y 34.8% trabajaba, 40.9% tenía entre 5 y 14 años de diagnóstico, solo 26.1% tenía control de glucosa, 72.3% tenían sobrepeso u obesidad, 67.8% de los entrevistados reportaron algún grado de D.M. Perciben su salud general

como regular (69.8%) y su calidad de vida global se ubicó en 68.8%, siendo la dimensión más afectada la física(55.7%) y la social (57.9%).(17).

López Luis, et al. (2013), Colombia realizaron el presente estudio Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, con el objetivo de determinar la CVRS en pacientes con DM2. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que determinó la CVRS de 30 pacientes con DM2, aplicando el cuestionario genérico EQ-5D y la Escala Visual Análoga [EVA]. El estudio mostró un predominio del género femenino (87%), la edad media de 64,4 años, y el sobrepeso (67%);, la complicación crónica más frecuente fue la retinopatía (37%), en las dimensiones de la calidad de vida se encontró "algunos problemas" y "muchos problemas" en "angustia/depresión" (40% - 27%), y "dolor /malestar" (37% - 30%). 57% refería como buena su calidad de vida total, mientras que 43% indicó que era mala. La EVA reportó un buen estado de salud (75%). Se concluye que aun cuando los pacientes con DM2 tienden a tener una buena percepción de su calidad de vida y de su estado de salud, un gran porcentaje reporta baja calidad de vida, situación que hace evidente el impacto de la enfermedad. (18)

Salazar José, et al. (2012), México estudiaron Calidad de vida en adultos con Diabetes Mellitus Tipo II en el Centro de Salud de Guadalajara, Jalisco (México), utilizaron el diseño transversal en una muestra no probabilística determinada por un periodo de tiempo en cuatro centros de salud de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) en la Zona Metropolitana de Guadalajara, en pacientes que acuden a control de diabetes. Se estudiaron tres variables: calidad de vida, socio-demográficas y específicas de la enfermedad con una muestra de 198 pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 y con un tiempo de evolución de 9.51 ± 8 años,

un 76.7% sin complicaciones relacionadas con la diabetes, una mitad (47.9%) fueron tratados con dieta. Con base en los dominios medidos con el Diabetes 39, las puntuaciones más altas se dan en la “calidad de vida” con un deterioro en la misma seguida de la percepción que se tiene sobre la “severidad de la diabetes”, de los cinco dominios los de “energía y movilidad” y el de “funcionamiento sexual” fueron los que tienen una mayor media del total de la muestra. Las diferencias significativas por género se dan en el dominio de “funcionamiento sexual” para los hombres. Concluye que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención en actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica.”(19)

Torres Isabel (2011), España realizó un estudio Perspectiva Espiritual de Hombres Y Mujeres con Diabetes Mellitus, donde comparó las creencias y comportamientos espirituales en hombres y mujeres con una muestra de 70 pacientes mayores de 40 años con Diabetes Mellitus, medidos con la escala espiritual de Pamela Reed. Se realizó un muestreo aleatorio simple, no probabilístico en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, excluyendo pacientes con alteraciones: orientación y conciencia(escala de Glasgow), analizando los datos en Excel-Windows, SPSS10.0.Se confirmó la diferencia del nivel de perspectiva espiritual entre el puntaje promedio de mujeres(53,65) y hombres(49,51).igualmente, en el nivel de creencias y comportamientos espirituales(ANOVA $p= 0,00832$, Mann- Whitney $p= 0,02$).Se invita a fortalecer el estudio de la espiritualidad, los comportamientos y creencias espirituales.(20)

Romero Elizabeth et al. (2010), Colombia realizaron un estudio Calidad De Vida De Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Residentes En Cartagena Colombia

cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia. Metodología fue un estudio descriptivo con una muestra de 315 pacientes de tres instituciones públicas y privadas de salud distribuidos de manera proporcional en cada una de estas. Se utilizó el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud, el análisis estadístico se realizó en Microsoft Excel. Resultados: se encontró que el 62,2% (196) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes son en salud mental 86,0% (271), rol emocional 68,3% (215) y vitalidad 75,9% (239). Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% (127) y 37,5% (118) respectivamente. Conclusiones: las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena, Colombia. Presentan una calidad de vida a nivel global buena, especialmente en la salud mental y sus funciones, vitalidad, función física. Las más afectadas son en las escalas relacionadas con el rol físico y la salud general. (21)

Gómez Isabel (2010), Colombia, realizó el estudio Espiritualidad e Incertidumbre ante la Enfermedad en personas con Diabetes Mellitus Tipo Dos. La muestra incluye 163 pacientes, distribuidos en la institución de la ESE Cartagena de Indias; y Fundación MEDICUS “Casa del diabético de Cartagena de Indias. La metodología se utilizó un abordaje cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal, midiendo la espiritualidad con la escala de perspectiva espiritual de Reed, y la incertidumbre con la escala de Mishel. En los resultados encontraron un nivel de espiritualidad alto, y un nivel de incertidumbre regular, Al estimar la correlación entre la espiritualidad y la incertidumbre el coeficiente de correlación r

fue de -0.359 ($p < 0,05$), lo que nos indica que a mayor espiritualidad menor será la incertidumbre en los pacientes del estudio. (22)

Nacionales

Gamboa Cindy. (2013), Lima realizó un estudio Percepción del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo II sobre su Calidad de Vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional dos de Mayo, tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su calidad vida en el programa de diabetes. El enfoque del estudio fue cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo. (23)

Haya Karina et al. (2012) Perú, en el estudio "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa diabetes mellitus". Hospital Es salud - Tarapoto. Junio – agosto 2012; en una muestra constituida por 153 pacientes ingresados en el año 2011 al programa Diabetes Mellitus 74 pacientes seleccionada con muestreo no probabilístico, por conveniencia todos los pacientes con diabetes Mellitus que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El 66.2% de la población encuestada presenta una alta calidad de vida y 33.8% regular calidad de vida, estos resultados se debe que los pacientes encuestados tienen un mejor conocimiento acerca de su enfermedad debido a la efectividad del programa,. Estos resultados se contradicen a los obtenidos por Meza S. quien identifico que la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue de regular a baja. En los resultados obtenidos en esta investigación se percibe que la edad promedio fue de 59 años, predominó el sexo femenino con el 60.8%, estado marital con pareja 79.7%, con grado de instrucción de estudios superior 52,7%. Resultados similares son reportados por: Cárdenas V. y colaboradores, encontró como resultado: La edad promedio fue de 58 años, con una escolaridad de cinco años cursados; predominó el sexo femenino con 58 %, estado marital con pareja 84% (24).

Chávez Gaby (2011) en Lima, realizó un estudio "Relación nivel apoyo familiar y calidad de vida, pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de apoyo de la familia en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en Consulta Externa del servicio de Endocrinología del HNGAI ESSALUD. El estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional, de corte transversal y empleando una muestra de 142 pacientes. Para la recolección de datos sobre

calidad de vida se empleó el cuestionario de Salud SF 36, y el cuestionario MOS de Apoyo Social percibido para medir el nivel de apoyo familiar. Los estadísticos aplicados fueron de tipo descriptivo y para establecer la correlación se empleó r-Pearson. Entre las conclusiones relevantes se encontró que el 35.2% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentó un nivel de calidad de vida regular, mientras que un 30.3% presentó un nivel malo. En segundo lugar, el 35.9% evidenció un nivel de apoyo familiar bueno mientras que en el 22.5% fue excelente. Finalmente, el 51.3% mostró un nivel de calidad de vida bueno según el nivel de Apoyo familiar, por lo que se dedujo que el Apoyo Familiar influye positivamente en la calidad de vida del paciente con DMII. (25)

Portilla Lissette (2011), Lima-Perú, realizó el estudio Calidad de vida y Auto concepto en pacientes con diabetes mellitus tipo II con o sin adherencia al tratamiento en consulta externa en el Hospital Central FAP. Utilizó un diseño descriptivo comparativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL – Diabetes Quality of Life), el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. Se concluye que según la adherencia al tratamiento se encuentra diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Lo mismo ocurre para las dimensiones del autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento. Por otro

lado se encontró que en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Familiar. En los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontraron correlaciones significativas entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Social, así como con el Autoconcepto Familiar. Por último, con respecto al sexo no se hallaron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto entre los adultos y adultos mayores, a favor de los primeros. (26)

Mendoza Alejandrina (2010) realizó un estudio Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad Hospital Regional de Ica; fue descriptivo, prospectivo, correlacional, en una población compuesta por todos los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital Regional de Ica. La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 se ha medido de acuerdo a la satisfacción que tienen con respecto a la enfermedad de tal manera que se ha encontrado que el 78% están insatisfechos, el 22% están satisfechos con su calidad de vida, así mismo, el 15% de estos pacientes nunca tuvieron control de la enfermedad, el 22% algunas veces y el 63% casi siempre, con respecto al control preventivo de la enfermedad, 47% nunca lo hicieron, 38,67% lo hicieron a veces y sólo el 14,33% lo hacen siempre.(27)

Fenco Maritza (2010), Lima estudió Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En cuanto a la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad

para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una autopercepción regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo libre, no obstante presentan problemas económicos. En la dimensión psicológica poseen una autopercepción regular, ya que se sienten satisfechos con su vida y ser capaces de aprender cosas nuevas, pese a ello, refieren que en ocasiones están deprimidos y tristes. (28)

Molina Yulisa (2008) investigó Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de 132 pacientes de ambos sexos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que asistían al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista y un Cuestionario Integral elaborado por la autora para evaluar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Los resultados del estudio indicaron que el 68.9% de los pacientes encuestados presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5% presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de la muestra. (29)

2.2 Base Teórica

2.2.1. El paciente diabético

De Pablos (7), mencionado en la página 4, señala que lo que más afecta a los pacientes con DM, en general es la presencia de complicaciones micro/macro vasculares, la presencia de un ACV que procede de una insuficiencia vascular en miembros inferiores, una úlcera en el pie del diabético, la retinopatía, nefropatía, etc. Entre éstos últimos se incluyen trastornos de la personalidad y la conducta,

neurosis y otras entidades psiquiátricas. En relación con los trastornos asociados a la enfermedad hay que considerar que la DM es una enfermedad crónica, cuyo tratamiento requiere llevar una dieta rigurosa, auto monitoreo de los niveles de glicemia 4 veces al día, ejercicio físico y medicamento, (insulina y/o hipoglucemiantes orales); esto requiere un reajuste en el estilo de vida del paciente. Las actividades y hábitos que hasta el momento caracterizaban su vida cotidiana, deben ser variadas en función de las demandas de la enfermedad. Esto trae aparejado en la mayoría de los casos reacciones de inadaptación psicológica y social (más o menos duraderas) que son tributarias de atención especializada ya que pueden afectar el control metabólico.

Meza (30) sostiene que el debut o comienzo de la enfermedad puede constituir en la mayoría de los casos una etapa crítica. La persona se enfrenta sin esperarlo y por tanto sin estar preparada para ello a una enfermedad crónica que desajusta toda su vida y que impone un régimen riguroso de tratamiento, que debe cumplir diariamente y para lo cual no basta con tomar o inyectarse el medicamento en un momento del día, sino que debe reajustar toda la actividad diaria, a las nuevas demandas que la enfermedad le impone.

Pacientes con Dificultades de Adaptación a la Enfermedad: En las características de la enfermedad y su tratamiento es frecuente encontrar pacientes que no se adaptan y que por tanto no aceptan su condición de diabéticos, señala Mena (31). Esta situación es típica del debut, pero puede también observarse en cualquier momento del curso de la enfermedad, incluyendo a aquellos pacientes que tienen mucho tiempo de evolución de la misma. Hervas et al. (32). sostienen que al querer encontrar características específicas en quien padece la enfermedad. Surge entonces el mito de la

“personalidad del diabético” con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando dichas características. Cuando fracasó este intento, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como consecuencia de la enfermedad. Los datos acumulados durante años, no muestran evidencias de que la persona diabética promedio sea psicológicamente diferente del resto de la población. Si bien se reconoce que pacientes con peor control metabólico se muestran ansiosos o deprimidos, hasta el presente no se puede afirmar si estos síntomas llevan al descontrol o si el descontrol los provoca. Probablemente se den ambos mecanismos, por esta razón es necesaria también la atención psicológica.

En cambio Cuervo (33) agrega la inadaptación puede observarse tanto en la esfera personal como social. En el primer caso se encuentran aquellos pacientes que se niegan a cumplir algunos aspectos del tratamiento, siendo muy frecuentes los casos que temen al uso de la insulina como medicamento o a la acción mecánica de la inyección en sí misma. Ante esta situación la técnica de sensibilización sistemática suele ser un medio eficaz, así como la terapia cognitiva, pudiendo combinarse ambas, lo cual se decide de acuerdo al caso en cuestión.

La inadaptación social es el resultado de la dificultad objetiva o subjetiva que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento en general o de las recomendaciones que se le han ofrecido para su cuidado en particular, como sostiene Esparza (34).

Según Gallegos (35) el control metabólico del paciente diabético es un fenómeno multicausal en el que intervienen entre otros la dieta, la presencia de focos sépticos y las situaciones de estrés a que puede estar sometido el paciente. Estas causas de descompensación pueden aparecer independientemente unas de otras o combinadas, lo que es más frecuente.

Hernández (36) agrega que el estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciadas por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la DM.

A pesar de la alta prevalencia de la DM en nuestro país, la educación sanitaria que posee la población sana y enferma es deficiente, situación que favorece la aparición de prejuicios y temores ante la enfermedad, afirma Pérez (37). El diabético de debut se preocupa y angustia por la forma como cree se va a desarrollar su vida a partir de ese momento. No solo considera las verdaderas condiciones que le impone el médico para cumplir su tratamiento sino que le agrega nuevas limitantes sugeridas por otras personas o valoradas por él, que hacen que perciba la enfermedad como más invalidante de lo que realmente puede ser. Por estas razones aparecen con frecuencia en esta etapa síntomas ansiosos y/o depresivos que requieren tratamiento. La atención psicológica para resolver la problemática de esta fase puede valorar algunos de los siguientes recursos: ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad, psicoterapia de apoyo para ayudar a su reafirmación, técnicas de reestructuración cognitiva que

permitan rectificar las ideas, juicios y conceptos establecidos por el paciente pero erróneos total o parcialmente. Estas técnicas pueden desarrollarse individualmente o en grupos.

Retomando a Heras (9) la reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable para sensibilizar al mismo con la necesidad de hacer reajustes en su vida hacia un estilo mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil, realizada socialmente, sin que ésto conspire con la atención y cuidado de su enfermedad.

2.2.2. Calidad de vida del adulto

Como señala Blanco (38) la CV “[...]ha ido presentando considerables variaciones a lo largo del tiempo. Primero el término se refería al cuidado de salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuo sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos, y, finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud”. Ello quiere decir que la CV es un aspecto complejo que está compuesto por diversos dominios y dimensiones y de difícil definición operacional; de ahí que no sea infrecuente que la CV haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar. La Organización Mundial de la Salud citado por Árcega et al. (39), define la calidad de vida como «[...] las percepciones del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y estándares”.

En la Revista Ciencia y Enfermería citado por Schwartzmann (40) se añade que la CV es una valoración global que realiza el individuo en las que considera las variables físicas, psicológicas y sociales, por ello la CV es un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar; pero, también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores “objetivos”, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales, agrega Diener (41).

Hanestad et al. (42) la definen como una necesidad percibida y una satisfacción funcional en seis diferentes ámbitos fundamentales de la vida, poniendo especial énfasis en el bienestar y comprende las necesidades relacionadas con los dominios de la vida físico, psicológico, social, actividad material y estructural. Desde el punto de vista operativo el concepto calidad de vida pretende evaluar los siguientes ámbitos:

-Físico: en el que se verá la salud corporal y el impacto de la enfermedad.

-Psicológico: que evalúa la satisfacción con la vida del paciente, el bienestar general y el funcionamiento intelectual.

-Social: se analiza las relaciones en general y las relaciones específicas con la familia, y de la vida sexual.

-Conducta y Actividad: se refiere al a movilidad, el trabajo y la capacidad para el autocuidado.

-Estructural: analiza la dimensión religiosa.

-Material: que evalúa el estado económico del individuo.

A su vez, Shumaker (43) et al. la señalan como una satisfacción global en la vida y como un sentimiento general de bienestar personal y para evaluarla sugieren el análisis de seis dimensiones: funcionamiento cognitivo, social, físico, emocional,

productividad personal que se relaciona con el grado en que la persona puede beneficiar a la sociedad con su ocupación o con alguna otra actividad, la intimidad que incluye el funcionamiento sexual como expresión de un amplio repertorio de comportamiento que forma la base de los sentimientos de conexión íntima con los otros.

Actualmente el concepto de CV hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, además puede ser definido en términos generales como una medida compuesta por bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo, sostienen Levi y Anderson (44).

En la Enciclopedia Cricyt (45) se añade que la CV es el grado de bondad de las cosas en general; designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

Fernández (46) refiere que a lo largo del tiempo, el concepto de CV, ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, CV definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como

positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas: la cultura. La CV contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente.

Entonces, se conviene que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida.

Para Goytia (47), la CV es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales, tales como: las relaciones de intimidad, la vida familiar, las amistades, el trabajo, la comunidad vecinal, el contexto de la vivienda o lugar de residencia, la educación, la salud, el nivel de vida, etc.

A su vez, Quintero (48), refiere que CV es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado.

Andrews (49), por su parte, insiste en que no sólo se trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo. Por tanto, la CV se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada

con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

Celia (50) describen como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.

Para Velarde y Ávila Figueroa (51), la CV es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Así, el concepto de CV, como lo señalan Sánchez-Sosa (52), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

Giusti (53) dice como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

2.2.3. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

Mena (31) sostiene que la DM es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la población que podría afectar la calidad de vida de quienes la padecen; Muchas enfermedades crónicas implican un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera 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 trascendencia atribuida a estas limitaciones varía mucho de una persona a otra, la mayoría de los autores identifican que una repercusión de dichas limitaciones puede ser identificada sobre cualquier enfermo. La CV 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. Esta refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana.

Collao (54) citado por Gamboa C (23), refiere que es importante que quien padece de DM se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben cumplir en su tratamiento, y de que la forma de sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento. Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes. Se considera que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética: Negación, en esta etapa la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios. Depresión, en esta fase el paciente se da cuenta de que algo le está ocurriendo. En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar. No obstante, carece de la motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta

obligado con el autocontrol de tal enfermedad. Elaboración y trabajo del duelo, durante la tercera etapa el paciente diabético acepta de manera integral la nueva condición. Asume entonces las actitudes, comportamientos, hábitos y demás elementos necesarios para procurar llevar una vida lo más sana y agradable posible. Los pacientes diagnosticados como diabéticos se enfrentan a interrogantes ligados a aspectos específicos: el trabajo (capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud (posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes, evadiendo así el miedo a la muerte y la angustia asociada), la calidad de vida (Capacidad para seguir con las actividades cotidianas) y la experiencia sexual (temor frente a la idea de perder la vitalidad, el atractivo, la capacidad de tener hijos, entre otros). En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Lo anterior le posibilitará tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social. Para mantener una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social.

En OPS (8) se sostiene que mantener un nivel de bienestar padeciendo la DM tipo 2 requiere llevar a cabo una serie de acciones; el plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas de tratamiento (farmacológico, no farmacológico), entre los que se incluyen un plan de alimentación adecuado, el ejercicio físico y control de peso, el auto monitoreo y la vigilancia de complicaciones. Se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la CV de las personas pues su concepto difiere en su definición y en la forma de medirlo por ser de naturaleza

subjetiva conlleva a que cada profesional que se desempeña en el área de la salud implemente estrategias específicas para una adecuada intervención. Se considera de especial importancia determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II para la enfermería, porque permite un manejo integral del paciente diabético, favorece su empoderamiento como responsable de su salud y su calidad de vida, reduciendo de esta manera las complicaciones, la mortalidad, los costos de la enfermedad y fomenta acciones que promueven estilos de vida saludables en la población.

La CV en personas con enfermedades crónicas se ve afectada debido a que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado, advierte Velia. (55)

2.2.4. Perspectiva Espiritual

Reed (14) con su teoría de la Autotrascendencia, define la espiritualidad como un factor personal y contextual que median o modelan las relaciones en el proceso de autotrascendencia.

Joseph (56) citado por Fernández define espiritualidad como una dirección, una necesidad una fuerza o capacidad, que funciona en base a la conciencia que busca el sentido, la unión con el universo y todas las cosas; esto se extiende a una experiencia trascendente.

Stoll citado por Pinto (57) describe la espiritualidad como un concepto bidimensional: por un lado la dimensión vertical es la relación con lo trascendente, con Dios o cualquier valor supremo que guía la vida de las personas; por otro la dimensión horizontal, que es la relación que tiene la persona con su yo, con los demás y con el entorno.

Blanca Vanegas et.al citando a Quinteros (58), afirma que la espiritualidad es aquella dimensión básica y trascendental del ser humano, conformada por determinadas creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; en un concepto más amplio. Es una dimensión única de la persona, se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida y busca respuesta a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento.

Burkhardt (59) establece que la espiritualidad es una creencia religiosa o una relación con una fuerza superior, fuerza creativa o un ser divino o fuente de energía infinita.

Espeland (60), menciona que de acuerdo a Wright, la espiritualidad es la dimensión de una persona que envuelve su relación con él mismo, con otros, con un orden natural y con un ser o fuerza superior que se manifiesta a través de expresiones creativas y envuelve prácticas religiosas. Por lo tanto el bienestar espiritual es importante para que el individuo alcance su potencial de salud.

San Martín (61) afirma que la espiritualidad es un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino en tanto representaciones acerca de un poder final último, contribuyen a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus

relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos.

2.2.5 Perspectiva espiritual en el paciente diabético.

Al ser la DM susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos y étnicos al ser una enfermedad crónica metabólica, incurable, multicausal (OMS) y afecta a la integridad del ser humano incluyendo la dimensión espiritual, donde los fenómenos culturales influyen en los comportamientos y creencias espirituales, las cuales, a su vez repercuten en los cambios anatómicos, fisiológicos con marcada influencia en la vivencia de esta enfermedad. (8).

Los pacientes diabéticos como aclara Gussi (62), son seres activos y trascendentes que viven y tiene la capacidad de crecer en el cuidado sea este provisto en el hospital o en la casa. En estos escenarios, la presencia del aspecto espiritual incluye las necesidades, creencias y comportamientos de este tipo, que se convierten en factores protectores que ayudan a asumir la situación propia con menor sufrimiento y facilitan la adaptación. Al vivenciar una práctica religiosa, la fe se constituye en el impulso interior que apoya el soporte emocional y permite alcanzar niveles de bienestar espiritual, en la dimensión religiosa (hacia sí mismo y los demás) y existencial (hacia el Ser o fuerza superior).

En este proceso en que la espiritualidad hace parte de las expresiones humanas que contribuyen a mejorar el sentir, el pensar y actuar de los individuos afectados, los pacientes requieren habilidades personales y capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional y motivacional.

Por lo tanto Espeland (60) refiere que es necesario el mantenimiento del bienestar y la satisfacción de las necesidades espirituales como componentes importantes para ser un individuo humano. La adaptación a vivir en situación de Diabetes

constituye un factor estresor que afecta al desarrollo físico psicosocial y espiritual, y deja secuelas físicas-dolor.

Landis (63) considera que el bienestar espiritual puede ser un importante recurso interno para las personas obligadas a adaptarse a la incertidumbre relacionada con los problemas a largo plazo en la salud como la diabetes mellitus. Datos similares arrojó una encuesta de Rossman en Estados Unidos, revelando que el 79% de los estadounidenses creen que la fe puede ayudar a recuperarse de la enfermedad y una encuesta publicada en los Archives of Internal Medicine reveló que el 84% de los estadounidenses quieren que sus médicos les pregunten acerca de su espiritualidad cuando se enfrentan a una enfermedad grave.

Sánchez- Herrera (64), en su revisión del estado del arte para su estudio de investigación encontró que dentro de los estudios de espiritualidad en situaciones crónicas, se destacan los que enfatizan la espiritualidad como una forma de manejar las dolencias, como un ancla en medio de la dificultad, como una esperanza en la cercanía de la muerte, como un componente fundamental para quienes tienen alteraciones genéticas o endocrinas. De igual modo encontró en su revisión que hay mucha documentación que señala que creer en Dios y pedir su apoyo ayuda a muchos individuos a sobrellevar limitaciones, sufrimientos ante enfermedades crónicas como la diabetes, en este mismo sentido , varios autores han encontrado que las creencias y prácticas religiosas, tienden a redimensionar el sufrimiento.

Aru Narayanasamy (65), pone de manifiesto los mecanismos de cómo los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento espiritual como la oración y otros recursos para hacer frente a enfermedades crónicas. De igual manera Ocampo (66) en su estudio menciona que hay diferentes mecanismos que pueden explicar

el efecto por el cual la religión puede influir de manera positiva la salud: en primer lugar, las personas que asisten a actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo social que las que no asisten en segundo lugar, tienen mayores actitudes para el cumplimiento, cuidado corporal y mayor adherencia a los tratamientos médicos; en tercer lugar, tienen menores tasas de depresión, ansiedad y de estrés.

La espiritualidad en Reed (14) es uno de los factores mediadores que pueden influir en el proceso de autotranscendencia y bienestar, considerando este último como positivo o negativo. El bienestar en este estudio lo consideramos positivo porque contribuye a que el paciente de sentido y significado a la vida, cuando se ve enfrentado a una situación de cronicidad como la diabetes mellitus tipo II.

Mishell (67) en su teoría define la incertidumbre como un peligro o como una oportunidad; peligro cuando el paciente considera la posibilidad de un resultado negativo y oportunidad cuando se mantiene la esperanza de una estabilidad de su enfermedad. La incertidumbre y la espiritualidad son aspectos relevantes en enfermedades crónicas como la diabetes, de ellas depende en gran medida la estabilidad física y emocional de los pacientes. La persona al enfrentarse a una cronicidad como condición de vida, presenta un aumento de vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión, y ansiedad y es común en los pacientes con este tipo de patologías el apego a creencias religiosas, que vienen a constituir una manera de afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento, el temor a lo desconocido y al futuro incierto. Generalmente los estados emocionales de los diabéticos pueden variar de acuerdo a la personalidad de cada paciente; algunos pacientes actúan como si no sufrieran esta enfermedad, y otros

revelan vivir tristes, demasiados nerviosos y con miedo a las complicaciones de este padecimiento.

Es por ello que algunos autores se han referido al concepto de espiritualidad desde diferentes perspectivas, es el caso de Weinstein (68), una persona que tiene una vivencia especial de encuentro con Dios, de descubrimiento del amor universal, es capaz de cambiar su vida de forma positiva.

2.3. Terminología Básica

Paciente del Programa de Diabetes del Hospital Dos de Mayo:

Persona hombre/mujer adulto (a) peruano o extranjero, soltero/ casado/viudo que está registrado en el Programa durante el 2015.

2.4. Hipótesis

La perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos que acuden al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo se relaciona con su calidad de vida.

H. Alternativa: Si hay relación entre la perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos y su Calidad de Vida.

H. Nula: No hay relación entre la perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos y su Calidad de Vida.

Variable 1: Calidad de vida.

Variable 2: perspectiva espiritual.

2.5 Variables e Indicadores

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE 1

Variable 1	Tipo	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valores Finales
Calidad de vida de pacientes del PDMHNDM Definición Conceptual: Juicios subjetivos del grado en que los pacientes diabéticos han alcanzado la satisfacción así como el sentimiento de bienestar que comprenden las necesidades	Cualitativa	A.SATISFACCION	-Tiempo que implica el control de su enfermedad. -Cumplimiento de dieta. -Las relaciones sociales y amistades. -Influencia de la diabetes en el trabajo, hogar. -La vida en general teniendo la enfermedad de la Diabetes.	Ordinal	No saludable 0-22
		B. IMPACTO	-Malestar emocional al sentir vergüenza de tener que tratar su diabetes en público. -Limitación de sus relaciones sociales y amistades por la diabetes. -Restricción de la dieta. - Abandono de sus tareas en el trabajo,		Medianamente saludable 23-34
					Saludable 35-60

<p>relacionadas con los dominios de la vida: físico que evalúa la salud corporal y el impacto de la enfermedad, psicológico: que evalúa la satisfacción de la vida del paciente y el bienestar general, social: que evalúa las relaciones familiares y de su entorno.</p>		<p>estudio o casa por su diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ir al cuarto de baño más que los demás a causa de su diabetes. 		
	<p>C. PREOCUPACION: APOYO FAMILIAR/SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo familiar económicamente -Disponibilidad económica para cubrir los gastos. -Cantidad de dinero que gasta en su enfermedad. -Si se considera una carga para su familia. 		
	<p>D.PSICOLOGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación de que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes -Preocupación sobre si tendrá complicaciones debidas a su diabetes -Preocupación de si alguien no saldrá con Él/Ella a causa de su diabetes. -Cambios de carácter, de humor (irritabilidad, colérica. -Cambios en el estado de ánimo: depresión, melancolía, tristeza. 		

VARIABLE 2	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	VALORES FINALES
Perspectiva espiritual de los pacientes del PDMHNDM DEFINICION CONCEPTUAL: Conocimiento de sí mismo a través de un sentido de conexión con un ser superior o a la existencia de un entidad suprema, como la cualidad que les impulsa a trascender y a darle un propósito a su existencia, buscando los medios necesarios para lograr estos objetivos mediante una vinculación significativa con la entidad suprema.	Cualitativa	A. Prácticas Espirituales	-Mención de Dios entre los suyos. -Tiempo de compartir sus vivencias espirituales. -Lectura de material espiritual. -Tiempo de oración y meditación.	Ordinal	Desfavorable 10-41
		B. Creencias Espirituales	-Importancia del perdón en su vida espiritual. -La espiritualidad como guía de su vida. -Importancia de sus creencias espirituales en la vida. -Cercanía de Dios en los momentos más relevantes de la vida. -Influencia de las creencias espirituales en la vida. -Importancia de las creencias espirituales ante el significado de la vida.		Medianamente Favorable 42-46 Favorable 47-60

CAPITULO III: DISEÑO DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo por cuanto midió las variables en estudio; según Orientación fue de tipo aplicada que respondió la interrogante central; según el Tiempo de Ocurrencia de los hechos fue prospectivo pues éstos se observaron y se registraron conforme se iban presentando y los pacientes respondieron en presente; según el periodo y secuencia, el estudio fue transversal porque los datos de las variables fueron tomados en un solo momento “como una fotografía”; según el Análisis y alcance de sus resultados, fue descriptivo correlacional pues correlacionó las dos variables y en tanto que no ha sido abordado antes, fue inédito. Hernández Sampieri. (69)

3.2 POBLACION Y MUESTRA

Población de estudio estuvo conformada por 437 pacientes con DM inscritos en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el año 2015, de los cuales el 99% presentaron DM tipo 2. Para la determinación del tamaño muestral se realizó el cálculo de la fórmula para una proporción de población finita o conocida.

Fórmula para población conocida:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Población: 437

d= precisión= (0.10)²

Z = Nivel de confianza 95 % \leftrightarrow 1.96

p (éxito)= 0.80 [CV saludable, PE favorable]

q (fracaso)= 0.20

$$n = \frac{437 * 1.96^2 * 0.80 * 0.20}{0.10^2 * (437 - 1) + 1.96^2 * 0.80 * 0.20}$$

$n = 53.994$



54 pacientes con DM tipo II

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la variable1: calidad de vida se usó la entrevista, dirigida a los pacientes antes mencionados y como instrumento fue el cuestionario, el que se aplicó en forma personal a cada paciente del Programa en mención a cada elemento muestral (pacientes diabéticos) se le ubicó aleatoriamente utilizando el programa Epidat versión 3,1-OPS (Ver Anexo O) de los 437 pacientes que constituyeron la población o marco muestral hasta llegar a 54 pacientes que constituyeron la muestra. Para el recojo de datos se utilizaron dos semanas los días martes y viernes de 10am a 1pm días en que el enfermero realizaba las charlas educativas y se les entrevistaba al termino de las charlas, que duró de 15 minutos para cada paciente, previo consentimiento informado.

El cuestionario de CV específico para DM (EsDQOL) fue adaptado y validado en México por Millan M (2002) por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios. Este a su vez, ha sido adaptado al Perú, considerando los aspectos económicos y socioculturales. El cuestionario cubre dimensiones de satisfacción, impacto, preocupación: apoyo familiar/social psicológico.

Consta de 30 ítems en la que la Dimensión “**SATISFACCIÓN**” tiene 7 preguntas cuyo valor final es: muy satisfecho, vale 2 puntos; algo satisfecho, vale 1 punto y nada satisfecho, vale cero (0) puntos. La Dimensión “**IMPACTO**” consta de 11 ítems cuyos valores son: siempre con 2 puntos; a veces con un punto y nunca con cero (0) puntos. La Dimensión “**PREOCUPACIÓN**” tiene 7 ítems, cuyo valor final es: siempre, vale 2 puntos; a veces vale 1 punto y nunca cero puntos. La Dimensión “**PSICOLÓGICA**” consta de 5 ítems cuyos valores son: siempre que vale 2 puntos; a veces que vale 1 punto y nunca que vale cero puntos. (Ver Anexo C).

Finalmente para la variable 2: perspectiva espiritual, se usó así mismo la técnica de entrevista, dirigida al paciente. El instrumento fue la Escala de Perspectiva Espiritual, elaborado por Pamela Reed. Esta escala está validada, por Isabel Patricia Gómez Palencia en el año 2010, de la Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería. Maestría en Enfermería – Bogotá Colombia; por tanto, no requiere revalidación; sin embargo requirió la autorización de la autora Reed (ver Anexo Ñ). La Escala mide el conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo.

Este instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad.

Consta de una subescala denominada prácticas espirituales (criterios de 1 – 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (criterios de 5 al 10); ambas se califican en un rango de 1 a 6, para un puntaje total de 24 la primera y 36 la segunda. En Colombia se han realizado dos estudios aplicando la Escala de

Perspectiva Espiritual de Pamela Reed. El primero fue sobre Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas en la Universidad de Antioquía. La escala de perspectiva espiritual mostró una consistencia interna de 0,887. El segundo estudio en la Universidad del Valle sobre Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. La escala en este estudio arrojó un alfa de Cronbach de 0,90 para la escala en general y 0,87 para la sub-escala de prácticas espirituales y 0,79 para la subescala de creencias espirituales.

La Escala es de tipo bidimensional y cubre aspectos de las 2 dimensiones Prácticas Espirituales y Creencias Espirituales. Consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60; en que a mayor puntaje mayor espiritualidad. Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca 2) Menos de una vez al año 3) Más o menos una vez al año 4) Más o menos una vez al mes 5) Más o menos una vez a la semana 6) Más o menos una vez al día.

Las preguntas 5 al 10 siguen los siguientes criterios: 1 Extremadamente en desacuerdo, 2 Desacuerdo 3, En desacuerdo más que en acuerdo, 4 De acuerdo más que en desacuerdo, 5 De acuerdo y 6 Extremadamente de acuerdo. (Ver Anexo D).

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados durante los meses de agosto - setiembre 2016 se transcribieron a Hoja Matriz de Datos para su procesamiento estadístico, mediante el programa de Microsoft Excel, que permitió elaborar tablas/gráficos estadísticos. Así mismo se usó la R de Pearson y la prueba del Chi cuadrado (ver Anexo N). El análisis fue en función del marco teórico y antecedentes del estudio.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cauteló 4 principios de la bioética, así: No maleficencia, no causó daños físicos, psicológicos, ni morales a los pacientes ni a la imagen del Servicio; puesto que los datos se obtuvieron por medio del consentimiento informado y fueron absolutamente confidenciales, así mismo se tuvo el permiso de la Institución.

Justicia: se trató por igual a todos los pacientes sin discriminación alguna, respetando su dignidad.

Beneficencia: el estudio beneficiará no sólo a los pacientes del Programa de Diabetes sino a la Institución misma.

Autonomía: se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los pacientes (ver Anexo E).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

De 54 pacientes con DM, tipo 2 un poco más de la mitad (55.56%) su edad osciló entre 62 a 75 años, en tanto que casi la cuarta parte (27.78%) fue de 55 a 61 años, una minoría (14.81%) menos de 54 años de edad y sólo un pequeño porcentaje (1.85%) fue de 76 años. Dos tercios (74.07%) fueron mujeres y un tercio (25.93%) varones. Casi la totalidad (90.74%) procedió de Lima y la diferencia (9.25%) fue de provincia. Un poco más de la mitad (59.26%) padecen de DM menos de 11 años; la tercera parte (31.48%) padecen entre 12 a 21 años y un porcentaje mínimo (9.26%) la enfermedad data más de 22 años. Dos tercios (72.22%) pertenecen al Programa de 1 año y 2 meses, de 1 año y 4 meses son una minoría (16.67%) y de 1 año y 6 meses son una mínima parte (11.11%) (Ver Anexo G, Tabla 1)

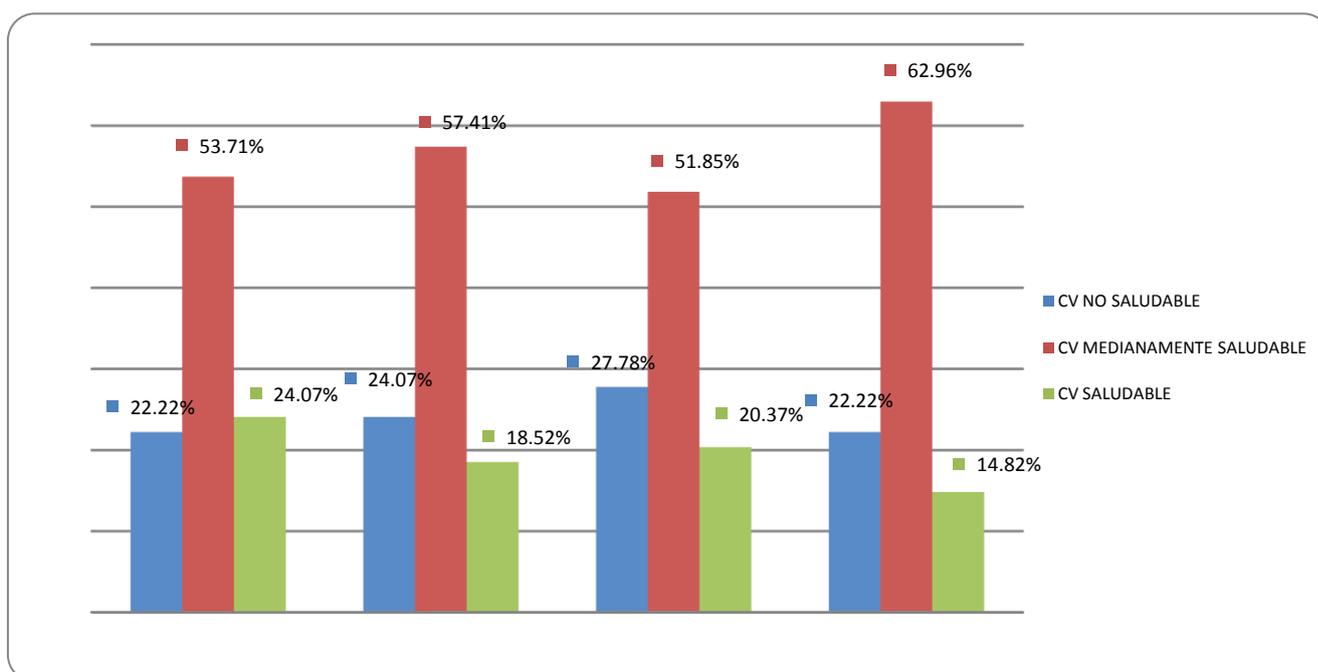
Tabla 2. Calidad de vida de los pacientes. Programa de Diabetes Mellitus.

Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

CALIDAD DE VIDA TOTAL	N	%
NO SALUDABLE	16	29.63
MEDIANAMENTE SALUDABLE	30	55.56
SALUDABLE	08	14.81
TOTAL	54	100

En la Tabla 2 se observa que un poco más de la mitad (55.56%) de los pacientes, evidenciaron CV medianamente saludable, con ligera tendencia a la CV no saludable en casi la tercera parte (29.63%), en tanto que un porcentaje menor (14.81%) la CV fue saludable.

Gráfico 1. Calidad de Vida Según Dimensiones: Satisfacción, Impacto, Preocupación, Psicológica. Pacientes Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016



En el gráfico 1, se destaca panorámicamente que, en las 4 dimensiones el mayor porcentaje en un poco más de la mitad correspondió al valor final CV medianamente saludable (53.71%, 57.41%, 51.85% y 62.96%), en segundo orden se destaca con un promedio en un poco menos de la tercera parte al valor final CV no saludable (22.22%, 24.07%, 27.78% y 22.22%) , finalmente con un porcentaje menor de la tercera parte correspondió al valor de CV saludable (24.07%, 18.52%, 20.37% y 14.82%).

Estas 4 dimensiones incluyeron 30 preguntas en que la mayoría de los pacientes señalaron como mayor satisfacción a la pregunta 2 (88.89%) (Ver Tabla 3, Anexo G). Es halagüeño la respuesta a la pregunta 11 (dimensión impacto) su

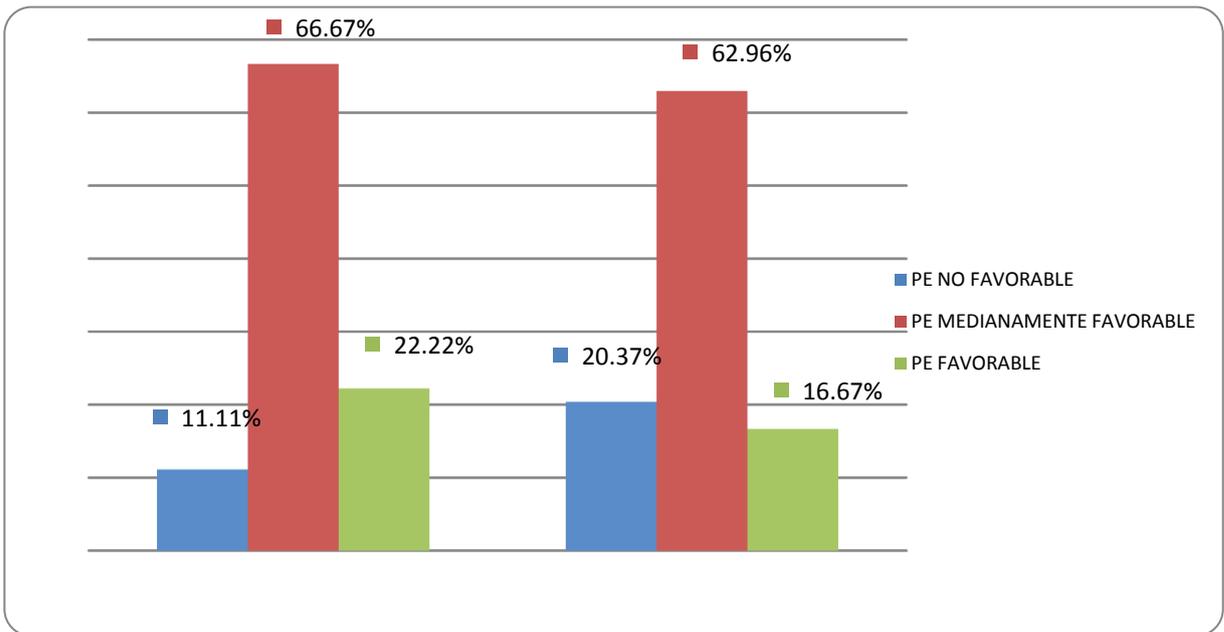
preocupación debido a las complicaciones que le podría causar esta enfermedad en un poco más de dos tercios de la muestra (70.37%) (Ver Tabla 4, Anexo H); es así mismo halagüeño las respuestas a las preguntas 19 y 21 que entre a veces y siempre la preocupación sobre si son una carga familiar y si cuentan con la disponibilidad económica que su enfermedad requiere casi la mayoría (70.37% y 79.63%) (Ver Tabla 5, Anexo I). La mayoría de los pacientes (87.04%) señaló nunca se ha autolesionado en la pregunta 30 (dimensión psicológica) (Ver Tabla 6, Anexo J).

Tabla 7. Perspectiva espiritual de los pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

PERSPECTIVA ESPIRITUAL	N	%
NO FAVORABLE	09	16.67
MEDIANAMENTE FAVORABLE	36	66.66
FAVORABLE	09	16.67
TOTAL	54	100

En la Tabla 7 se percibe que en más de la mitad (66.66%) la perspectiva espiritual fue medianamente favorable. Llama la atención el empate que hubo en los valores finales de no favorable y favorable (16.67%).

Gráfico 2. Perspectiva Espiritual Según Dimensiones: Prácticas Espirituales y Creencias Espirituales. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016



En el gráfico 2, se evidencia panorámicamente que, en las 2 dimensiones el mayor porcentaje en más de la mitad correspondió al valor final de la PE medianamente favorable (66.67% y 62.96%), en segundo orden se destaca con un porcentaje de un poco menos de la tercera parte, al valor final de la PE favorable (22.22% y 16.67%), seguido de un porcentaje menor a la tercera parte que al valor final de la PE no favorable (11.11% y 20.37%). En la dimensión Prácticas Espirituales que incluyen 4 preguntas (Ver tabla 8, Anexo K) se destaca que un poco más de las dos terceras partes (74.07%) "viven" lo expresan por lo menos semanalmente. En lo referente a las Creencias Espirituales que incluyen 6 preguntas (Ver tabla 9, Anexo L) se destaca que la mayoría (87.22%) tuvieron actitudes "de acuerdo" por cuanto que pone énfasis en el perdón, sienten la cercanía de Dios en los momentos más relevantes de su vida (variaciones de los niveles de glicemia: hipoglicemia e hiperglicemia; y a las complicaciones propias de la enfermedad: pie diabético, nefropatías diabéticas, retinopatías diabéticas, etc.) dejándose influenciar por sus creencias dándole un significado a sus vidas.

Finalmente en función al objetivo específico correlacionar ambas variables se presenta los hallazgos correspondientes en la tabla 11.

Tabla 11. Relación entre Calidad de Vida total y Perspectiva Espiritual total
Según valores finales. Pacientes. Programa Diabetes Mellitus. Hospital
Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

CALIDAD DE VIDA	PERSPECTIVA ESPIRITUAL						TOTAL
	PE No Favorable		PE Medianamente Favorable		PE Favorable		n
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
	o	T	o	t	o	t	
CV No Saludable	4	2.7	7	10.07	5	2.7	16
CV Medianamente Saludable	2	5	26	20	2	5	30
CV Saludable	3	1.3	3	5.3	2	1.3	8
TOTAL	9		36		9		54

$$X^2_c = 8.8371 \quad X^2_t = 4 \text{ gl al } 5\% = 9.487$$

8.8371 < 9.487; por tanto se rechaza H1 y se acepta la HO: no hay relación entre calidad de vida y perspectiva espiritual, lo que confirma el hallazgo del cuadro 1

Cuadro 1. Correlación entre Calidad de Vida Total y Perspectiva Espiritual Total. Pacientes. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Variables	r de Pearson	t Calculado	t tabulado con 53 gl al 5%	Prueba de significancia
CV y PE	0,0597	0,4315	1,6741	tc < t t

En donde $0,4315 < 1,6741$; entonces se acepta la H_0 : no hay correlación entre CV y PE.

4.2 DISCUSION

El estudio estuvo orientado al logro del objetivo general en el sentido de determinar la relación entre calidad de vida y la perspectiva espiritual de los pacientes que asistieron al Programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo-Lima durante el año 2015; así, los hallazgos evidencian en la tabla 2, página 59 que un poco más de la mitad (55.56%) de los pacientes su calidad de vida fue medianamente saludable con ligera tendencia a la no saludable en casi la tercera parte (29.63%), en tanto que sólo una mínima parte (14.81%) fue saludable. No se han encontrado estudios coincidentes. Se han encontrado 12 estudios discrepantes en la CV, así Orizaga (17) encuentra que la CV es regular en casi dos tercios (68,8%), siendo la más afectada la dimensión física en un poco más de la mitad (55,7%) y la social (57.9%). Salazar (19) no obstante que no reporta el puntaje total encuentra en el dominio de energía y movilidad que casi un tercio (26.09%) es medianamente saludable. Otro autor con quien se discrepa es López (18) quien reporta que un poco más de la mitad (57%) tiene una buena CV total y un poco menos de la mitad (43%) indica que tiene mala CV. Por otro lado, Romero (21) presenta que más de la mitad (62.2%) tienen una buena CV. Llama la atención que la mayoría (86%) tiene buena salud mental que se compatibilizaría con la dimensión psicológica. Romero (21) añade que menos de la mitad (40.3%) tiene baja CV en la dimensión física. Un poco más de la mitad (62.2%) es reportado como regular por Bautista (15), así como un poco menos de la mitad (46.7%) tiene una buena CV.

Similares discrepancias ocurre con Gamboa (23) que, en un poco más de la mitad (59%) tienen percepción medianamente favorable sobre la CV, menos de un tercio (22%) presentan una percepción favorable con su CV y en tanto una minoría (19%) su percepción es desfavorable. Esta autora agrega que en la dimensión física, dos tercios(70%) es medianamente favorable, una baja proporción(16%) es desfavorable y una minoría (12%) es favorable; así mismo en la dimensión psicológica casi dos tercios (68%) es medianamente favorable frente a una minoría (12%) favorable y en un porcentaje menor(20%) desfavorable.

Haya (24) encuentra que más de la mitad (62.2%) tienen buena CV frente a casi un tercio (33.8%) con regular CV.

También se discrepa con Chávez (25), pues encuentra que más de un tercio (35.2%) presentan CV medianamente saludable. Portilla (26) no obstante que no describe hallazgos detallados, sin embargo informa que hay correlación significativa entre CV y el auto concepto social. También se discrepa con Pebes (27) en que casi la mayoría (78%) tienen mala CV, un poco menos de la tercera parte (22%) tienen buena CV. A su vez, Molina (29) encuentra que la mayoría (79.5%) tienen regular CV, además añade que un poco menos de dos tercios (68.9%) tienen regular adherencia al tratamiento y que hay correlación entre la CV y su adherencia al tratamiento que permite levantar la interrogante a ser estudiada ¿cuál es la adherencia al tratamiento de los pacientes en el mencionado Programa? Finalmente se destaca a Fenco (28) en que más de la mitad (62%) tiene regular CV y una minoría (16%) tienen mala CV.

El hecho que investigadores tales como Bautista (15), Orizaga (17), López (18) Salazar (19), Romero (21), pertenecen a países latinoamericanos (Colombia y México) y un europeo (España), pareciera que la calidad de vida estaría siendo

influenciada por el contexto socioeconómico y cultural de estos países. En cuanto a los 7 autores peruanos tales como Gamboa (23), Haya (24), Chávez (25), Portilla (26), Pebes (27), Fenco(28) y Molina (29) procedentes de (Lima, Tarapoto e Ica) se hipotetiza que la CV también estaría relacionada con el lugar de procedencia del estudio, ya que dichas instituciones de salud son privadas y públicas, en que hay múltiples diferencias en cada una de ellas, sean en recursos humanos, logísticos y políticos que harían la diferencia. Así, es el caso de Tarapoto (Essalud) se encuentra una buena CV superando a las demás instituciones de salud en mención. Por otro lado hay una entidad castrense (FAP) en que la calidad de vida de la población usuaria es diferente puesto que el personal que se atiende tiene otro nivel cultural, social y económico y destaca el criterio castrense. En cambio en Lima (Almenara Essalud) la CV es medianamente saludable; ello podría deberse a la mayor demanda de atención. Seguidamente en las instituciones públicas (MINSA) se ha encontrado que en dos centros hospitalarios (Hospital Dos de Mayo y Hospital Daniel. A. Carrión) hay regular CV a diferencia del Hospital Regional de Ica en que Mendoza (36) reporta que la mala CV es en casi la mayoría (78%), por ello es que se hipotetiza que la CV estaría relacionado a los recursos humanos, logísticos, nivel socioeconómico y cultural de la población, así como a la deficiente gestión de las autoridades de dichas instituciones.

Ahora bien, los hallazgos de la presente tesis están respaldados por autores como De Pablos (7) cuando enfatiza que, como enfermedad sistémica y crónica, la DM tipo II tiene complicaciones micro y macro vasculares que requieren reajuste permanente de la CV del paciente; por ello Meza(30) hace hincapié al comienzo de la enfermedad o “debut” (etapa crítica) en el que su desajuste a su

CV anterior es inevitable, a ello se aúna la deficiente educación sanitaria que como responsabilidad, corresponde darle a la población sana o enferma.

Mena (31) confirma que hay pacientes que no se adaptan y por lo tanto no aceptan su enfermedad o condición diabética en función a las características específicas y su tratamiento, conllevando a que su CV sea de medianamente saludable a no saludable; explicación que coincide con Hervas (32) en el sentido que hay características específicas de quien padece la enfermedad lo que se denomina “personalidad del diabético” y por lo tanto la posibilidad de prevenir la enfermedad es alta. Dicha inadaptación de la enfermedad como lo sostiene Cuervo (33) se observa tanto en la dimensión personal y social. Esparza (34) también coincide cuando señala que la inadaptación social es el resultado de la dificultad objetiva y subjetiva que el paciente enfrenta para poder sobrellevar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento en general; en otras palabras, CV no saludable. En cambio Gallegos (35) hace referencia a otros factores multicausales como la dieta, estrés y foco séptico que influye en su CV; de ahí que Hernández (36) resalta al estrés emocional que por sí mismo, en muchas ocasiones constituye el motivo de la descompensación de la enfermedad. Pérez (37) añade otro factor: la deficiente educación sanitaria que favorece la aparición de complicaciones y temores ante la enfermedad en el propio paciente como su familia, ratificando lo recomendado por Meza (30).

La CV del adulto ha ido variando a lo largo del tiempo como lo menciona Blanco (38), primero se referiría al cuidado de la salud personal, se sumó la preocupación de la salud pública, y se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, entre otros.

Autores como Árcega (39), Schwartz (40), Diener (41), Hanestad (42), Shumaker (43), Levi (44), Fernández (46), Goytia (47), Quinteros (48), Andrew (49), Celia (50), Velarde (51), Sánchez (52) y Guisti (53) y la enciclopedia cricyt(45)) confirman y respaldan los hallazgos de la presente tesis en el sentido que la CV es una autoevaluación global de la condición de vida del paciente diabético tipo II en las que se considera las dimensiones físicas, psicológicas, satisfacción, social y espiritual; por ello las personas entre ellos los diabéticos alcanzarían la satisfacción personal y su funcionamiento de las necesidades percibidas en las diferentes dimensiones de su vida haciendo que su existencia sea más placentera y digna de ser vivida llegando a un estado relativo de bienestar general.

Por otro lado para Collao (54) es importante que los pacientes diabéticos se acostumbren a vivir día a día con su enfermedad y se informen bien sobre ello que les ayudará a crear conciencia del rol activo de su enfermedad. En este enfoque la OPS (8) señala que en la CV implica mantener un nivel de bienestar, entonces el paciente requiere llevar a cabo acciones como lo menciona Velia (55), así debe ser entrenado para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado, además de la educación sanitaria antes mencionada.

Ahora bien, referente a la otra variable objeto de estudio perspectiva espiritual de los pacientes como se presenta en la tabla 7, página 61, en que más de la mitad (66.66%) su perspectiva espiritual fue medianamente favorable, llama la atención la polarización que hubo en los valores finales de desfavorable y favorable (16.67%).

No se han encontrado estudios coincidentes, en cambio se ha encontrado 3 estudios discrepantes, así Gomez (22) en casi dos tercios (68.28%) tienen perspectiva espiritual favorable y además la mayoría (89.6%) tienen creencias

espirituales favorables. Interesante es el estudio de Torres (20) que incorpora la variable género al estudio, concluyendo que un poco más de la mitad (53.65%) de los pacientes diabéticos son mujeres, que tienen mayor perspectiva espiritual en relación a los varones en un poco menos de la mitad (46.35%). Finalmente se discrepa con Moura (16) quien menciona literalmente” [...] hay relación entre la CV y la perspectiva espiritual en pacientes diabéticos”.

La ausencia de investigaciones nacionales y el escaso número de investigaciones internacionales, de hecho, fue una limitante.

Ahora bien, los hallazgos en la perspectiva espiritual son confirmados y respaldados por autores como Reed (14), Joseph (56), Stoll (57), Vanegas (58), Burhardt (59), Espeland (60), San Martín (61), OMS(8), Gussi (62), Landis (63), (Sanchez (64) Aru (65), Ocampo (66), Mishell (67) y Weislen (68) así, para Reed la PE es un factor personal contextual que median la relaciones en la autotranscendencia; para Joseph es una dirección, una necesidad, una fuerza o capacidad que funciona en base a la conciencia, para Stoll es un concepto bidimensional: vertical en relación a lo trascendente con Dios o cualquier valor supremo que lo guíe y el horizontal la relación que tiene la persona con su yo, con los demás y su entorno. En cambio para Quinteros y Speland la dimensión básica y trascendental del ser humano está conformado por sus valores y creencias que envuelve su relación con el mismo, con otros, con su orden natural y una fuerza superior que se manifiesta a través de expresiones creativas y prácticas religiosas. Para San Martín es un conjunto de sentimientos creencias y acciones que supone una búsqueda de lo trascendental que contribuye a dar sentido y propósito en la vida.

Por otro lado la perspectiva espiritual en el paciente diabético según la OMS al ser la DM susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos y étnicos que afectan la integridad del ser humano incluyendo su dimensión espiritual entre los fenómenos culturales, influyen en los comportamientos y creencias espirituales, que repercuten en su enfermedad, siendo los pacientes seres activos y trascendentes como lo menciona Gussi que viven y tienen la capacidad de crecer en el cuidado de su enfermedad como factores protectores que le ayudan asumir la situación propia con menor sufrimiento y facilitan su adaptación.

Por otro lado Landis refiere que la PE es un recurso interno importante para las personas obligadas a adaptarse a la incertidumbre relacionada con la enfermedad; en tanto que Ocampo menciona que hay diferentes mecanismos para explicar que el efecto de la religión puede influir de manera positiva en la salud de los individuos; por ello es necesario como lo menciona Espeland el mantenimiento del bienestar y la satisfacción de las necesidades espirituales como componentes importantes para ser las personas en general. Sánchez refiere que la PE es importante y necesaria en el manejo de las dolencias como un ancla en medio de la dificultad, como una esperanza en la cercanía de la muerte, como un componente fundamental de quienes padecen la enfermedad. Aru señala que los pacientes utilizan estrategias de afrontamiento espiritual como la oración y otros recursos para hacer frente a la enfermedad. Mishell a su vez refiere que la incertidumbre y la espiritualidad son aspectos relevantes en las enfermedades crónicas como la DM quienes presentan un aumento en su vulnerabilidad y por ende el apego a las creencias religiosas vienen a constituir una esperanza en el paciente.

Una persona que tiene una vivencia especial de encuentro con Dios, del descubrimiento del amor universal es capaz de cambiar su vida de manera positiva y enfrenta la enfermedad con mucho optimismo y esperanza, señala Weintein.

Concluyendo los aportes de esta tesis, considerando la alta prevalencia de pacientes diabéticos tipo II contribuye al área asistencial hospitalaria ambulatoria, aportes en los cuidados de enfermería con respecto a su calidad de vida y perspectiva espiritual, que permitan elegir las mejores estrategias de intervención, tratamiento y atención a estos pacientes, mejorando así su bienestar físico, psicosocial, espiritual y por ende su calidad de vida pues pareciera se da más énfasis al aspecto biológico-patológico y no al aspecto emotivo-afectivo de los pacientes antes mencionados, por ello se asume que en el área de la docencia esta tesis proporciona conocimientos teóricos a ser utilizados en la enseñanza del cuidado enfermero enfatizando el aspecto emotivo-afectivo de las personas sean sanas o enfermas.

En el área de la investigación esta tesis sirve como referente a otras investigaciones en tanto que no se han encontrado estudios similares en el país; sin embargo, hay un estudio similar realizado en Brasil (2014) por Moura et al. que indagan sobre las dos variables; las investigaciones de Gomez y de Torres que se rescata sólo la variable espiritualidad.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La investigación sobre calidad de vida y su perspectiva espiritual del paciente diabético tipo II permite llegar a las siguientes conclusiones:

1. La calidad de vida **total** de los pacientes diabéticos es medianamente saludable en un poco más de la mitad (55.56%).
2. La calidad de vida de los pacientes diabéticos en la dimensión **satisfacción** es medianamente saludable en un poco más de la mitad (51.79%), en la dimensión **impacto** es medianamente saludable en un poco más de la mitad (55.36%), en la dimensión **preocupación** es medianamente saludable en la mitad (50%), en la dimensión **psicológica** es medianamente saludable en un poco más de la mitad (60.71%).
3. La perspectiva espiritual **total** es medianamente saludable en más de la mitad (66.66%).
4. La perspectiva espiritual en la dimensión **prácticas espirituales** es medianamente favorables en un poco más de la mitad (60.71%), en la dimensión **creencias espirituales** es medianamente favorables en más de la mitad (64.29%).

5. No hay relación entre calidad de vida y la perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos; por tanto, se rechaza la H1 y se acepta la H0 ($t_c < t_t$) y ($X_{2c} < X_{2t}$)

5.2 RECOMENDACIONES

La investigación sobre calidad de vida y su perspectiva espiritual del paciente diabético tipo II señala las siguientes recomendaciones:

1. Replicar el estudio en que se incluya la variable calidad de vida y Perspectiva espiritual en otras sedes o instituciones de salud; así como en otro contexto socio cultural y económico y ubicación geográfica.
2. Fomentar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y su perspectiva espiritual de los pacientes diabéticos mediante el incremento de educación sanitaria y talleres de vida saludable y de vida espiritual favorable.
3. Estudiar factores condicionantes de la calidad de vida así como de la perspectiva espiritual.
4. Estudiar la adherencia al tratamiento y el variable género de los pacientes que pertenecen al Programa de Diabetes para que así tengan controlada su enfermedad y por ende gocen de una calidad de vida saludable.

Referencias Bibliográficas

1. American Diabetes Association. La Diabetes y los números para el 2008 de la ADA (internet). 2008 (Citado el 26 abril 2016). Disponible en: <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/spanish/Datos-2008-spanish.pdf>
2. Ministerio de Salud – MINSA. Análisis de situación de salud hospitalaria. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. (Internet). 2009 (Citado el 26 abril 2016). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2966.pdf>
3. Untiveros Ch, Nuñez O, Tapia L. y Tapia G. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. Rev Med Hered (Internet). 2004 (Citado el 26 abril 2016); 15 (1), 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S10181301X2004000100005&script=sci_arttext
4. Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Rev Med Per (Internet). 1992 (Citado el 8 de noviembre del 2015); 64:71-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n1/v25n1ao1.pdf>
5. Cunha M. Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. Rev Millenium: educación ciencia y tecnología (Internet). 2008 (Citado el 9 de noviembre 2016); 34:269-299. Disponible en: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium34/20.pdf>.
6. García F, Musitu G. Autoconcepto Forma 5. AF5. Manual. Madrid: TEA (Internet). 2009 (Citado el 28 abril 2016). Disponible en: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/AF-5_Manual_2014_extracto.pdf
7. De Pablos P. La calidad de vida se resiente en los pacientes con diabetes. Rev Esp econ de la salud. (Internet). 2008 (Citado el 10 de abril 2016); 7:

79-82.

Disponible

en:

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8208075&pid=S0034-9887201100030000500005&lng=es

8. OPS/OMS. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 OPS/OMS.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm. (Internet). 2006 (Citado el 8 de octubre del 2015). Disponible en: <http://www.opsoms>
9. Heras S, Colunga R, Pando M, Aranda B, Torres L. Diabetes y calidad de vida: Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. Investigación en Salud 2007. (Internet). 2007 (Citado el 30 abril 2016); 2: 88-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a09.pdf>
10. Alfonso U. Autorreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med Chile (Internet). 2011 (Citado el 9 de noviembre del 2015); v: 139/3, pp 313-320. Disponible en: https://scholar.google.com.pe/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=FgrbovAAAAAJ&citation_for_view=FgrbovAAAAAJ:roLk4NBRz8UC
11. Mata C, Roset G, Badia L, Antoñanzas Villar, Ragel A J. Impacto de la diabetes Mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. Aten. Primaria (Internet). 2003 (Citado el 9 de noviembre del 2016); 31: 493-9. Disponible en: <https://medes.com/publication/9486>
12. GRUPO WHOQOL. Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). (Citado el día 9 de octubre del 2016). Disponible en:

<http://www.WHOQOLencolombia.com/medicina/revistasmedicas/biomedicas/vol-bio12/calidaddevida>

13. Spitzer W. State of science: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*. (Internet). 1986 (Citado el 9 de noviembre del 2016); 40, 465-471. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=1134960891>
14. Reed P. Middle range theory for nursing. *Theory of self-transcendence*. Second edition. New York (Internet). 2008 (Citado el 29 abril 2016); p.105 - 129.
Disponible en: http://lghhttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826164049/9780826164049_chapter.pdf
15. Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* ISSN (Internet). 2015 (Citado el 26 abril 2016); 17(1):131-148. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760>
16. Camila de Moura L, Rodríguez dos Anjos A. Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes. *Rev. bioét.* (Internet). 2014 (Citado el día 16 de noviembre de 2016); 22(2): 382-389. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719401&indexSearch=ID>
17. Orizaga J. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II asociados a disfunción eréctil en usuarios de primer nivel de atención en el IMSS – Querétaro. Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública.

- Querétaro, México. Universidad Autónoma de Querétaro, 2013. (Citado el día 16 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/862/1/RI000099.pdf>
18. López L, Cifuentes M, Sánchez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali. Universidad Santiago de Cali, Colombia, 2013. *Ciencia & Salud*. 2013; (Citado el 3 mayo 2016); 2(8):43-48. Disponible en: <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/viewFile/407/362>
 19. Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, González R, Pando M, et al. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara [Tesis Pre grado].Guadalajara; 2012. (Citado el 3 mayo 2016). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a09.pdf>
 20. Torres I. Perspectiva Espiritual de Hombres y Mujeres con Diabetes Mellitus. Tesis para optar el grado de maestría en enfermería. Chia, España. Universidad de la Sabana, 2011. (Citado el día 16 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1342/Isabel%20Torres%20Leal.pdf?sequence=1>
 21. Romero E, Acosta O, Carmona I, et al. Calidad de Vida de Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 Residentes en Cartagena. Colombia. *Rev. ciencias biomédicas*. (Internet). 2010. (Citado el 16 diciembre 2015); 190-198. Disponible en: http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/1-2/09_CALIDAD_DE_VIDA_DIABETES.pdf
 22. Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Tesis para optar el título de Magister en enfermería

con énfasis en el cuidado al paciente crónico. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Cartagena, 2010. (Citado el 17 de noviembre del 2016).

Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>

23. Gamboa C. Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida. Programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013. Tesis para optar el título profesional de licenciado en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014. (Citado el 26 marzo 2016). Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3625/1/Gamboa_cc.pdf

24. Haya K, Paima K. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa diabetes mellitus. Hospital Essalud-II Tarapoto. Junio-Agosto 2012. Tesis para optar el título profesional de licenciado en Enfermería. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín, 2012. (Citado el 26 abril 2016). Disponible en:

http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_99_Binder1.pdf

25. Chávez G. Relación entre el nivel apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2; atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoren Lima-Perú. Rev Cient ciencias de la salud (Internet). 2013. (Citado el 15 de febrero 2016); 06(02): Disponible en:

revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/198

26. Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Tesis para optar el título profesional de psicología. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.

(Citado el 23 marzo 2016). Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/Portilla_gl.pdf

27. Pebes A. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el Hospital Regional de Ica, 2010. Rev Enf (Internet). 2014. (Citado el 23 marzo 2016); 02(01):72-78. Disponible en:<http://www.unica.edu.pe/enfermeria/archivos/revista-enfermeria-enero-junio2014.pdf>
28. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010. Tesis para obtener el título profesional de licenciado en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010. (Citado el 10 marzo 2016). Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/Fenco_am.pdf
29. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo enero-febrero 2008. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2008. (Citado el 15 abril 2016). Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/470/1/Molina_gy.pdf
30. Meza S. Calidad de vida en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus Tipo 2. México, 2005. Desarrollo Cientí .Enferm. 2005 (Citado el 15 abril 2016] Vol. 13 N 4 105-109. Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/5403/1/1020149336.PDF>

31. Mena F. Diabetes mellitus Tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del estudio Hortega. Anales de Med.Int. Madrid, 2006. (Citado el 17 abril 2016). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n8/original1.pdf>.
32. Hervás A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Anales Sis San Navarra 2007. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM. (Citado el 17 abril 2016); 30: 45 - 52. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007001100005
33. Cuervo A. Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con DM2 Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León. México. (2001) (Citado el 18 abril 2016). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6299/1/1080093845.PDF>
34. Esparza S. Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo 2. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. (1999) (Citado el 17 abril 2016). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6106/1/1080089072.PDF>
35. Gallegos C, et al. Capacidad de Autocuidado en adulto con DM2. (1999). (Citado el 12 de julio del 2016). Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/capacidades.htm>
36. Hernández J, et al. Fundamentos de la Enfermería (2ª.ed.) España: editorial McGraw-Hill Interamericana. (1999) (Citado el 10 abril 2016). Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-fundamentos-de-la-enfermeria-teoria-y-metodo/9788448605063/874916>

37. Pérez D, Dueñas A, et al. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. La Habana: ECIMED, 2006. (Citado el 10 abril 2016). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana_version_final_2007revisada_impresa.pdf
38. Blanco A. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En Morales, J.Huici y Fernández J. (Eds.), Psicología social aplicada (159-182). Bilbao Desclée de Brouwer. (1985) (Citado el 10 abril 2016). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4594990>
39. Árcega A, et al. “Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes”. México Rev. Invest Clin. 2005. (Citado el 10 marzo 2016); 57: 676-84. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2005/nn055d.pdf>
40. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Rev. Ciencia y Enfermería Chile. 2003 (Citado el 10 abril 2016); IX (2): 9-21. 18.Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
41. Denier E. Subjective well-being. Psychological Bulletin, (1984) (Citado el 10 marzo 2016); 95 (3), 542 – 575. Disponible en:
https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf
42. Hanestad N, et al. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, en Investigación en salud, (1999) (Citado el 10 abril 2016); núm.3, vol. VII pp. 152-157. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/Fenco_am.pdf

43. Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological test and scales. En Spilker, B. (ed.): Quality of life Assessments in Clinical Trials New York: Raven Press. (1990) (Citado el 26 julio 2016); 95-113. Disponible en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18430/37879
44. Levi L, Anderson L. La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida. México, El Manual moderno. (1980). (Citado el 19 agosto 201). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4781042.pdf>
45. Enciclopedia cricyt. GILDENBERGER, C. Desarrollo y Calidad de Vida. En: Revista Argentina de Relaciones Internacionales, N 12. CEINAR. Buenos Aires. (1978) (Citado el 26 de noviembre del 2016). Disponible en <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/CaliVida.htm>
46. Fernández B, et al. Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida. (1997). [consultado el 5 agosto 2016]; Vol. 6 (1), 21-36. Disponible en: https://biblioteca.unizar.es/sites/biblioteca.unizar.es/files/users/Sociales.14/docs/dosieres/008_dosier_dependencia.pdf
47. Ana G, Yolanda L, Idurre L, Aurora Q, Ortúzar J. La Experiencia del ocio y su relación con el envejecimiento activo. Instituto de Estudios de Ocio. Universidad de Deusto. Instituto de Estudios de Ocio Universidad de Deusto. Capitulo I. Bases conceptuales y diseño metodológico. El envejecimiento activo y su incidencia en la experiencia de ocio. El concepto de envejecimiento activo y cuestiones relacionadas. (Citado el 30 de noviembre del 2016); pg 25. Disponible en:

imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi159_06upaisvasco.pdf

48. Quintero G. Comunicación personal a J.Grau.1996. (Citado el 30 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
49. Andrews F, Withey S. Developing measures onperceived life quality. Social Indicators Research, (1974).Baltes, M.M., 1998. (Citado el 7 mayo 2016); 1 (1), pp.1-30. Disponible en: http://www.psc.isr.umich.edu/dis/infoserv/isrpub/pdf/Research_4677_.PDF
50. Celia D, et al. Measuring the quality of life today methodological aspects. Oncology (1990). (Ciltado el 10 mayo 2016); 4, 29-38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2143408>
51. Velarde E, et al. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México, 2002 (Citado el 12 marzo 2016); 44 pp. 349-361. Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
52. Sánchez J, González A, C Rangel. La calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: Vicente E. Caballo, 2006 sBN 84-368-2023-1, págs. 473-492.Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Editorial Pirámide. (2006) (Citado el 10 junio 2016); pp. 473-492. Disponible en: http://pactemospaz.utsem-morelos.edu.mx/files/librosdocentesydirectivos/adultos_mayores/Calidad%20de%20Vida%20Adulto%20Mayor.pdf

53. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa, 1991. [Consultado el 10 abril 2016]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/2370/237017928002.pdf
54. Collao C y Delgado R. citado por Gamboa C. en Percepción del Paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida. Programa de Diabetes. Hospital Nacional (Tesis Licenciatura). Lima 2013. [consultado el 10 abril 2016]. Disponible en : cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3625/1/Gamboa_cc.pdf
55. Velia M. Calidad de vida del paciente diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL México. 2005 (Citado el 10 junio 2016); vol. VII 351-357. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40280308.pdf>
56. Joshep P citado por Fernández, Luciana. La salud y el bienestar espiritual en adultos. Tesis doctoral - Fac. de Psicología, Porto Alegre Brasil. Diciembre del 2000. (Citado el 10 junio 2016). Disponible en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/psicologia/publicacion_psicologia_positiva_virtual.pdf
57. Stoll L citado por Pinto, Natividad. Bienestar espiritual de los cuidadores de niños que viven enfermedad crónica. Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, Enero/Junio. 2007 (Citado el 10 abril 2016); vol. 9 no. 1. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4826/1/539503.2011.pdf>
58. Burkhardt M. Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural appalanchain community. Journal of Transcultural Nursing, (1993) (Ciltado el 10 enero 2016); 4 (2). 12-18. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104365969300400203>

59. Blanca Vanegas et.al citando a Quinteros. Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psico-emocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Colombiana de Enfermería., agosto de 2008. (Citado el 18 agosto 2016); Vol. 3 año 3. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/experiencias_profesionales_enfermeria_cuidado_psicoemocional_pacientes_unidad_cuidados_intensivos.pdf
60. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. Journal of Psychosocial Nursing, (1999) (Citado el 2 de enero del 2016); 37 (7), 36-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10412690>
61. San Martin C. Espiritualidad en la tercera edad. Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad. Citado por ANA Cecilia Salgado Lévano, Lima Perú. 2012, (Citado el día 17 de noviembre de 2016); Pp.111-128. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3293/1/Salgado_la.pdf
62. Gussi M, et al. Religión y espiritualidad en la educación y cuidados de enfermería. De la revista brasileña Reben (2008). (Citado el día 17 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>
63. Landis B. Incertidumbre, bienestar espiritual y adaptación psicosocial a enfermedades crónicas. Cuestiones en Enfermería en Salud Mental, (1996) (Citado el 26 setiembre 2016); 17, 217-231. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4729845.pdf>
64. Sánchez B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Rev. Aquichan, año 9-vol.9 N° 1. Colombia. Abril 2009. 111 DAALEMAN, Timothy.

- DOBBS, Debra. Religiosity, Spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Rev. Research on Aging*. Noviembre 2009. (Citado el día 17 de noviembre del 2016); 32(2) pág. 224-243. Disponible en: <http://roa.sagepub.com/content/early/2009/11/19/0164027509351476.full.pdf>
65. Narayanasamy A. EVALUATING THE EVIDENCE: The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Rev. Journal of Clinical Nursing* 15, 2006. (Citado el día 17 de noviembre del 2016); p. 840-851. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01616.x/abstract>
66. Ocampo J, et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos. 37, no.2, suppl.1, p mayores. Cali, Colombia, 2001. *Colomb. Med.*, Junio 2006, ISSN 1657-9534. (Citado el día 17 de noviembre del 2016); vol.26-30. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/434/100>
67. Mishel M. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1990. (Citado 28 noviembre del 2016); 22 (4):256-257. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15475069.1990.tb00225.x/abstract>
68. Weinstein L. La espiritualidad y el yo como bases de una militancia en la vida (2004), citado por la revista latinoamericana "Polos". (Citado el día 16 de noviembre del 2016). Disponible en: <https://polis.revues.org/6075>
69. Hernández R, et al, "Metodología de la investigación", sexta edición .Santa Fe, 2014. (Citado el 28 de noviembre del 2016. Disponible en:

http://www.academia.edu/15265809/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_-_Sexta_Edici%C3%B3n

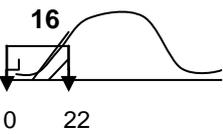
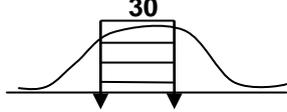
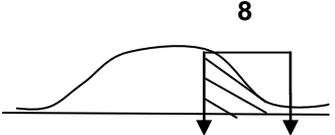
70. Millán M, Reviriego J, Del Campo J. Revaluación de la versión española del cuestionario de calidad de vida en diabetes EsDQOL. Modificaciones sobre su aplicación [en prensa]. EndocrinolNutr. México 2002. (Citado el 10 abril 2015). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-revaluacion-version-espanola-del-cuestionario-S1575092202744823>

ANEXOS

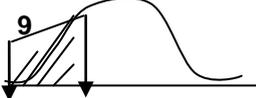
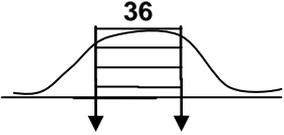
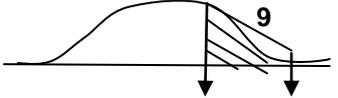
INDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Matriz operacional de la variable 1	90
2. Matriz operacional de la variable 2.....	91
3. Escala Calidad de Vida específica para DM (EsDQOL).....	92- 94
4. Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed.....	95
5. Formato del Consentimiento Informado.....	96
6. Tabla 1. Características generales del paciente. Programa Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	97
7. Tabla 3. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Satisfacción. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	98
8. Tabla 4. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Impacto. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	99
9. Tabla 5. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Preocupación. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	100
10. Tabla 6. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Psicológica. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	101
11. Tabla 8. Perspectiva Espiritual. Pacientes. Dimensión Prácticas Espirituales. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	102
12. Tabla 9. Perspectiva Espiritual. Pacientes. Dimensión Creencias Espirituales. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016.....	103
13. Tabla 10. Valores de chi – cuadrado.....	104
14. Tabla 11. Valores de t de student.....	105- 106
15. Autorización de Dra. Pamela Reed.....	107
16. Tabla 12. Números aleatorios.....	108

ANEXO A
MATRIZ OPERACIONAL DE LA VARIABLE 1

VALOR FINAL QUE ADOPTO LA VARIABLE 1	CRITERIO	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PROCEDIMIENTOS	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Calidad de Vida No Saludable</p>	 <p>0 22</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto "0" al punto de corte "a".</p>	<p>TÉCNICA: ENTREVISTA</p> <p>INSTRUMENTO: Cuestionario</p>	<p>Previa coordinación con el Jefe de Endocrinología y el encargado del Programa</p>	
<p>Calidad de Vida Medianamente saludable</p>	 <p>23 34</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto de corte "a+1" al punto de corte "b".</p>	<p>Calidad de vida específica para DM (EsDQOL).</p>	<p>Licenciado en enfermería, se aplicó la Escala Calidad de vida específica (EsDQOL), por una sola vez, a los pacientes diabéticos del P.D.M.H.D.M, previo consentimiento informado.</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Calidad de Vida Saludable</p>	 <p>35 60 tope</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto de corte "b+1" al tope.</p>			

ANEXO B
MATRIZ OPERACIONAL DE LA VARIABLE 2

VALOR FINAL QUE ADOPTO LA VARIABLE 2	CRITERIO	TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	PROCEDIMIENTOS	ESCALA DE MEDICIÓN		
<p>Perspectiva Espiritual Desfavorable</p>	 <p>10 41</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto "0" al punto de corte "a".</p>	<p>TÉCNICA: ENTREVISTA</p> <p>INSTRUMENTO: ESCALA DE PAMELA REED</p>	<p>Previa coordinación el Jefe de Endocrinología y el encargado del programa, Licenciado en enfermería, se aplicó la Escala de PERSPECTIVA ESPIRITUAL de PAMELA REED, por una sola vez a los pacientes diabéticos del P.D.M.H.D.M, previo consentimiento.</p>	<p>ORDINAL</p>		
<p>Perspectiva Espiritual Medianamente Favorable</p>	 <p>42 46</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto de corte "a+1" al punto de corte "b".</p>					
<p>Perspectiva Espiritual Favorable</p>	 <p>47 60 tope</p> <p>Cuando las respuestas que dieron los pacientes al cuestionario oscilaron del punto de corte "b+1" al tope.</p>					

ANEXO C
UNIVERSIDAD NORBERT WIENER
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
INSTRUMENTO: Escala EsDQOL

1.- Objetivo

Recoger datos de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes en el Hospital II de Mayo sobre su CV.

2. Introducción

Buenos días: somos Bachilleres en Enfermería de la Universidad Wiener y estamos realizando un estudio sobre calidad de vida de pacientes diabéticos que asisten al programa de Diabetes del Hospital dos de Mayo; mucho le agradeceremos responder las preguntas que se le presenta marcando con una (x) dentro del recuadro según sea su respuesta. No requerimos que se identifique sólo nos interesa su sinceridad, muchas gracias.

3.- Datos generales del paciente

3.1. Procedencia.....

EDAD:

SEXO:

3.4. Tiempo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses

3.5. Tiempo de asistencia al Programa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses

1. Datos específicos

Se le presenta a Ud. 30 preguntas en una Escala que oscila de: MUY SATISFECHO; ALGO SATISFECHO y NADA SATISFECHO. Marque Ud. con una equis [X] en el casillero que mejor le parezca sólo una vez por cada pregunta. No omita por favor ninguna respuesta.

SATISFACCIÓN	Muy satisfecho	Algo satisfecho	Nada satisfecho
1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en controles de su enfermedad?			
2. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?			
3. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?			
4. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?			
5. ¿Está usted satisfecho con su sueño?			
6. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?			
7. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?			
IMPACTO	Nunca	A veces	Siempre
8. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?			
9. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente débil a causa de la diabetes?			
10. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?			
11. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?			
12. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?			
13. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide usar una máquina (computadora, auto), etc.?			
14. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?			
15. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo o casa por su diabetes?			
16. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al servicio higiénico más que los demás?			
17. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?			
18. ¿Con qué frecuencia le afecta los efectos adversos de sus medicamentos?			
APOYO FAMILIAR: PREOCUPACIÓN/SOCIAL	Nunca	A veces	Siempre
19. ¿Con que frecuencia le preocupa si es Usted una carga para su familia?			
20. ¿Con qué frecuencia le preocupa si su familia lo apoyara?			
21. ¿con qué frecuencia le preocupa si tiene la disponibilidad económica que su diabetes requiere?			
22. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le despedirán de su trabajo a causa de su diabetes?			

23. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?			
24. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?			
25. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?			
PSICOLOGICO	Nunca	A veces	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia usted presenta cambios en el carácter a causa de la diabetes?			
27. ¿con qué frecuencia usted se siente triste, depresivo, irritable a causa de su enfermedad?			
28. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?			
29. ¿Con que frecuencia usted tiene sentimientos de insuficiencia y minusvalía?			
30. ¿Con que frecuencia Usted ha intentado autolesionarse a causa de su diabetes?			

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO D

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO: ESCALA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL (SPS) DE

PAMELA REED

1.- Objetivo

Recoger datos de los pacientes que asisten al Programa de Diabetes en el Hospital II de Mayo sobre su pe

2. Instrucciones:

El instrumento se califica en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60. Las cuatro primeras preguntas se responden con los 6 siguientes criterios: Nunca = 1, Menos de una vez al año = 2, Más o menos una vez al año = 3, Más o menos una vez al mes = 4, Más o menos una vez a la semana = 5, Más o menos una vez al día = 6. Las preguntas del 5 al 10 responden con los siguientes criterios: Extremadamente en desacuerdo = 1, Desacuerdo = 2, En desacuerdo más que en acuerdo = 3, De acuerdo más que en desacuerdo = 4. De acuerdo = 5, Extremadamente de acuerdo = 6

PRACTICAS ESPIRITUALES	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted temas espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted revistas, libros de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						
CREENCIAS ESPIRITUALES	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente en de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o un "poder más grande" en momentos importantes de su vida diaria.						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

ANEXO E

FORMATO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (nombre y apellidos)
con DNI.....afirmo que he leído la Hoja de Información que se
me ha entregado; he podido hacer preguntas sobre el estudio titulado " **CALIDAD
DE VIDA DE PACIENTES DEL PROGRAMA DIABETES MELLITUS
RELACIONADO CON SU PERSPECTIVAS ESPIRITUALES. "HOSPITAL DOS
DE MAYO". LIMA**", que están realizando las señoritas Reynelda Jiménez
Córdova y Mariella Yvonne Paz Villanueva, bachilleres de la Escuela Académico
Profesional de Enfermería de la Universidad Wiener; he recibido suficiente
información sobre el estudio.

He hablado con: _____

Comprendo que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirarme
del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que ello repercuta en mi atención y cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: _____

Firma del Participante

ANEXO F

Tabla 1. Características generales del paciente. Programa Diabetes Mellitus.

Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre, 2016

DATOS GENERALES	N	%
A) EDAD		
Menor de 54 años	8	14.81
De 55 a 61 años	15	27.78
De 62 a 75 años	30	55.56
Mayor de 76 años	1	1.85
TOTAL	54	100
B) SEXO		
Varón	14	25.93
Mujer	40	74.07
TOTAL	54	100%
C) PROCEDENCIA		
Lima	49	90.74
Ica	1	1.85
Cuzco	1	1.85
Piura	1	1.85
Cerro de Pasco	1	1.85
Arequipa	1	1.85
TOTAL	54	100
D) TIEMPO DE ENFERMEDAD		
Menor de 11 años	32	59.26
De 12 a 16 años	10	18.52
De 17 a 21 años	7	12.96
Mayor de 22 años	5	9.26
TOTAL	54	100
E) TIEMPO DE ASISTENCIA AL PROGRAMA		
De 1 y 2 meses	39	72.22
De 1 a 4 meses	9	16.67
De 1 año y 6 meses	6	11.11
TOTAL	54	100

ANEXO G

Tabla 3. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Satisfacción. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	SATISFACCION	Muy Satisfecho		Algo Satisfecho		Nada Satisfecho		TOTAL	
		n	%	N	%	n	%	n	%
1	¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que Ocupa en controles?	38	70.37	13	24.07	3	5.56	54	100
2	¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?	48	88.89	6	11.11	0	0	54	100
3	¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	38	70.37	16	29.63	0	0	54	100
4	¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	42	77.78	9	16.67	3	5.56	54	100
5	¿Está usted satisfecho con su sueño?	37	68.52	14	25.93	3	5.56	54	100
6	¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	34	62.96	16	29.63	4	7.41	54	100
7	¿Está usted satisfecho con su vida en general?	36	66.67	17	31.48	1	1.85	54	100

ANEXO H

Tabla 4. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Impacto. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	IMPACTO	Nunca		A veces		Siempre		TOTAL	
		n	%	n	%	N	%	n	%
8	¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	33	61.11	18	33.33	3	5.56	54	100
9	¿Con qué frecuencia se siente físicamente débil a causa de su enfermedad?	15	27.78	33	61.11	6	11.11	54	100
10	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	23	42.59	23	42.59	8	14.82	54	100
11	¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	3	5.56	13	24.07	38	70.37	54	100
12	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida Sexual?	32	59.26	17	31.48	5	9.26	54	100
13	¿Con qué frecuencia su diabetes le impide usar una maquina (computadora, auto), etc.?	32	59.26	18	33.33	4	7.41	54	100
14	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	23	42.59	25	46.30	6	11.11	54	100
15	¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo o casa por su diabetes?	32	59.26	18	33.33	4	7.41	54	100
16	¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al servicio higiénico más que los demás?	14	25.93	28	51.85	12	22.22	54	100
17	¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	20	37.04	27	50	7	12.96	54	100
18	¿Con qué frecuencia le afecta los efectos adversos de sus medicamentos?	27	50	21	38.89	6	11.11	54	100

ANEXO I

Tabla 5. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Preocupación. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	PREOCUPACION: APOYO FAMILIAR/SOCIAL	Nunca		A veces		Siempre		TOTAL	
		N	%	n	%	n	%	n	%
19	¿Con que frecuencia le preocupa si es Usted una carga para su familia?	16	29.63	20	37.04	18	33.33	54	100
20	¿Con qué frecuencia le preocupa si su familia lo apoyara?	22	40.74	19	35.19	13	24.07	54	100
21	¿Con que frecuencia le preocupa si tiene la disponibilidad económica que su enfermedad requiere?	11	20.37	28	51.85	15	27.78	54	100
22	¿Con qué frecuencia le preocupa si le despedirán de su trabajo a causa de su enfermedad?	25	46.30	17	31.48	12	22.22	54	100
23	¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	33	61.11	16	29.63	5	9.26	54	100
24	¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	31	57.40	20	37.04	3	5.56	54	100
25	¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	30	55.56	21	38.88	3	5.56	54	100

ANEXO J

Tabla 6. Calidad de vida. Pacientes. Dimensión Psicológica. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	PSICOLOGICO	Nunca		A veces		Siempre		TOTAL	
		n	%	n	%	N	%	n	%
26	¿Con que frecuencia usted presenta cambios en el carácter a causa de la diabetes?	13	24.07	24	44.44	17	31.48	54	100
27	¿Con que frecuencia usted se siente triste, depresivo, irritable a causa de su enfermedad?	9	16.67	27	50	18	33.33	54	100
28	¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	20	37.04	27	50	7	12.96	54	100
29	¿Con que frecuencia usted tiene sentimientos de insuficiencia y minusvalía?	26	48.15	21	38.89	7	12.96	54	100
30	¿Con que frecuencia Usted ha intentado autolesionarse a causa de su diabetes?	47	87.04	5	9.26	2	3.70	54	100

ANEXO K

Tabla 8. Perspectiva Espiritual. Pacientes. Dimensión Práctica Espirituales. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	PRACTICAS ESPIRITUALES	Nunca		Menos de una vez al año		Más ó menos una vez al año		Más ó menos una vez al mes		Más ó menos una vez a la semana		Más ó menos una vez al día		TOTAL	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	¿Cuándo está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	5	9.25	2	3.70	5	9.25	2	3.70	17	31.48	23	42.59	54	100
2	¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales?	3	5.56	3	5.56	5	9.25	8	14.81	15	27.78	20	37.04	54	100
3	¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	4	7.41	1	1.85	4	7.41	10	18.52	14	25.93	21	38.89	54	100
4	¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?	2	3.70	2	3.70	1	1.85	2	3.70	7	7.41	40	74.07	54	100

ANEXO L

Tabla 9. Perspectiva Espiritual. Pacientes. Dimensión Creencias Espirituales. Programa de Diabetes Mellitus. Hospital Nacional Dos de Mayo. Noviembre 2016

Nº	CREENCIAS ESPIRITUALES	Extremadamente en desacuerdo		Desacuerdo		En desacuerdo mas que en acuerdo		De acuerdo mas que en desacuerdo		De acuerdo		Extremadamente en de acuerdo		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5	El perdón es una parte importante de su espiritualidad	4	7.41	0	0	1	1.85	3	5.56	29	53.70	17	31.48	54	100
6	Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria	2	3.70	2	3.70	2	3.70	2	3.70	28	51.85	18	33.33	54	100
7	Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida	3	5.56	1	1.85	1	1.85	2	3.70	28	51.85	19	35.19	54	100
8	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o un "poder más grande" en momentos importantes de su vida diaria	3	5.56	0	0	1	1.85	3	5.56	23	42.60	24	44.44	54	100
9	Sus creencias espirituales han influenciado su vida	3	5.56	0	0	0	0	4	7.41	26	48.15	21	38.89	54	100
10	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	3	5.56	0	0	1	1.85	1	1.85	29	53.70	20	37.04	54	100

ANEXO M
Tabla 10 de valores de prueba
Chi - cuadrado



/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363

ANEXO N

Tabla 11 de valores de t - student

Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005
1	1.0000	3.0777	6.3137	12.7062	31.8210	63.6559
2	0.8165	1.8856	2.9200	4.3027	6.9645	9.9250
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8408
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7765	3.7469	4.6041
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649	4.0321
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427	3.7074
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9979	3.4995
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965	3.3554
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214	3.2498
10	0.6998	1.3722	1.8125	2.2281	2.7638	3.1693
11	0.6974	1.3634	1.7959	2.2010	2.7181	3.1058
12	0.6955	1.3562	1.7823	2.1788	2.6810	3.0545
13	0.6938	1.3502	1.7709	2.1604	2.6503	3.0123
14	0.6924	1.3450	1.7613	2.1448	2.6245	2.9768
15	0.6912	1.3406	1.7531	2.1315	2.6025	2.9467
16	0.6901	1.3368	1.7459	2.1199	2.5835	2.9208
17	0.6892	1.3334	1.7396	2.1098	2.5669	2.8982
18	0.6884	1.3304	1.7341	2.1009	2.5524	2.8784
19	0.6876	1.3277	1.7291	2.0930	2.5395	2.8609
20	0.6870	1.3253	1.7247	2.0860	2.5280	2.8453
21	0.6864	1.3232	1.7207	2.0796	2.5176	2.8314
22	0.6858	1.3212	1.7171	2.0739	2.5083	2.8188
23	0.6853	1.3195	1.7139	2.0687	2.4999	2.8073
24	0.6848	1.3178	1.7109	2.0639	2.4922	2.7970
25	0.6844	1.3163	1.7081	2.0595	2.4851	2.7874
26	0.6840	1.3150	1.7056	2.0555	2.4786	2.7787
27	0.6837	1.3137	1.7033	2.0518	2.4727	2.7707
28	0.6834	1.3125	1.7011	2.0484	2.4671	2.7633
29	0.6830	1.3114	1.6991	2.0452	2.4620	2.7564
30	0.6828	1.3104	1.6973	2.0423	2.4573	2.7500
31	0.6825	1.3095	1.6955	2.0395	2.4528	2.7440
32	0.6822	1.3086	1.6939	2.0369	2.4487	2.7385
33	0.6820	1.3077	1.6924	2.0345	2.4448	2.7333
34	0.6818	1.3070	1.6909	2.0322	2.4411	2.7284
35	0.6816	1.3062	1.6896	2.0301	2.4377	2.7238
36	0.6814	1.3055	1.6883	2.0281	2.4345	2.7195
37	0.6812	1.3049	1.6871	2.0262	2.4314	2.7154
38	0.6810	1.3042	1.6860	2.0244	2.4286	2.7116
39	0.6808	1.3036	1.6849	2.0227	2.4258	2.7079
40	0.6807	1.3031	1.6839	2.0211	2.4233	2.7045
41	0.6805	1.3025	1.6829	2.0195	2.4208	2.7012

47	0.6797	1.2998	1.6779	2.0117	2.4083	2.6846
48	0.6796	1.2994	1.6772	2.0106	2.4066	2.6822
49	0.6795	1.2991	1.6766	2.0096	2.4049	2.6800
50	0.6794	1.2987	1.6759	2.0086	2.4033	2.6778
51	0.6793	1.2984	1.6753	2.0076	2.4017	2.6757
52	0.6792	1.2980	1.6747	2.0066	2.4002	2.6737
 53	0.6791	1.2977	1.6741	2.0057	2.3988	2.6718
54	0.6791	1.2974	1.6736	2.0049	2.3974	2.6700
55	0.6790	1.2971	1.6730	2.0040	2.3961	2.6682
56	0.6789	1.2969	1.6725	2.0032	2.3948	2.6665
57	0.6788	1.2966	1.6720	2.0025	2.3936	2.6649
58	0.6787	1.2963	1.6716	2.0017	2.3924	2.6633
59	0.6787	1.2961	1.6711	2.0010	2.3912	2.6618
60	0.6786	1.2958	1.6706	2.0003	2.3901	2.6603
61	0.6785	1.2956	1.6702	1.9996	2.3890	2.6589
62	0.6785	1.2954	1.6698	1.9990	2.3880	2.6575
63	0.6784	1.2951	1.6694	1.9983	2.3870	2.6561
64	0.6783	1.2949	1.6690	1.9977	2.3860	2.6549
65	0.6783	1.2947	1.6686	1.9971	2.3851	2.6536
66	0.6782	1.2945	1.6683	1.9966	2.3842	2.6524
67	0.6782	1.2943	1.6679	1.9960	2.3833	2.6512
68	0.6781	1.2941	1.6676	1.9955	2.3824	2.6501
69	0.6781	1.2939	1.6672	1.9949	2.3816	2.6490
70	0.6780	1.2938	1.6669	1.9944	2.3808	2.6479
71	0.6780	1.2936	1.6666	1.9939	2.3800	2.6469
72	0.6779	1.2934	1.6663	1.9935	2.3793	2.6458
73	0.6779	1.2933	1.6660	1.9930	2.3785	2.6449
74	0.6778	1.2931	1.6657	1.9925	2.3778	2.6439
75	0.6778	1.2929	1.6654	1.9921	2.3771	2.6430
76	0.6777	1.2928	1.6652	1.9917	2.3764	2.6421
77	0.6777	1.2926	1.6649	1.9913	2.3758	2.6412
78	0.6776	1.2925	1.6646	1.9908	2.3751	2.6403

ANEXO Ñ

Autorización de Dra. Pamela Reed

Re: SOLICITUD DE PERMISO - UNIVERSIDAD NORBERT WIENER - LIMA-PERU (permission to use their spiritual perspective scale)
Reed, Pamela G - (preed)<preed@email.arizona.edu>

Responder|

lun 12/12/2016, 06:44 p.m.

Usted

Reenviaste este mensaje el 12/12/2016 07:12 p.m.

Greetings Mariella,

Yes, you have my permission to use the *Spiritual Perspective Scale* for your important study on quality of living of patients in a diabetes program. Please let me know if you have any questions. Very best wishes for your interesting thesis research!

Sincerely,

Pam

Pamela G. Reed, PhD, RN, FAAN

Professor

The University of Arizona

College of Nursing

Tucson, AZ

USA

ANEXO O

Tabla 12 de números aleatorios-Epidat versión 3,1-OPS

Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 437

Tamaño de muestra: 54

Número de los sujetos seleccionados

5	20	44	46	67	78	80
84	89	104	129	136	138	150
153	165	167	171	175	182	183
213	221	239	240	242	266	277
286	287	291	298	303	311	318
326	347	353	355	357	360	362
371	375	384	385	387	396	397
406	408	421	423	435		