

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO



**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA AUTOEFICACIA
Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO II DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN –
LIMA 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

DOCTORANDO: MIRIAM CRIBILLERO ROCA

ASESOR: DR. EWER PORTOCARRERO MERINO

HUÁNUCO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi amado esposo, por su apoyo incondicional,
por su paciencia, comprensión, por su fuerza y amor.

A mi querida hija, por ser el motor y estímulo de
mi vida, por su comprensión, por esas horas que
hemos dejado de compartir.

AGRADECIMIENTO

A todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible este trabajo.

A mis pacientes que gentilmente participaron en el estudio.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con 25 pacientes en el grupo experimental y 25 en el control, procedentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017. En la recolección de datos se utilizó una escala de autoeficacia y un cuestionario de calidad de vida. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba T Student no relacionada.

RESULTADOS: Luego de la intervención se alcanzó puntuaciones promedios mayores de autoeficacia en el grupo experimental (36,72±4,38) respecto al grupo control (14,76±5,40). También se logró puntuaciones promedios mayores de calidad de vida en el grupo experimental (205,16±28,30) respecto al grupo control (104,88±28,08). Asimismo, se halló diferencias significativas entre los dos grupos en las dimensiones de calidad de vida como satisfacción con el tratamiento ($P \leq 0,000$), impacto de la enfermedad ($P \leq 0,000$), preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales ($P \leq 0,000$) y estado de salud ($P \leq 0,000$).

CONCLUSIONES: El programa educativo desarrolla la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Palabras clave: autoeficacia, calidad de vida, programa educativo, Enfermería.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the effect of an educational program on self-efficacy and quality of life in patients with type II diabetes mellitus.

METHODS: A quasi-experimental study was carried out with 25 patients in the experimental group and 25 in the control, from the Daniel Alcides Carrión-Lima National Hospital in 2017. Data collection was performed using a self-efficacy scale and a quality questionnaire lifetime. For the inferential analysis we used the unrelated Student T Test.

RESULTS: After the intervention, mean self-efficacy scores were higher in the experimental group (36.72 + -4.38) than in the control group (14.76 + 5.40). Higher quality of life scores were also obtained in the experimental group (205.16 + -28.30) with respect to the control group (104.88 + 28.08). Likewise, significant differences were found between the two groups in quality of life dimensions as satisfaction with treatment ($P \leq 0,000$), disease impact ($P \leq 0,000$), concern for future effects of the disease and social aspects ($P \leq 0,000$) and health status ($P \leq 0,000$).

CONCLUSIONS: The educational program develops self-efficacy and quality of life in patients with type II diabetes mellitus.

Keywords: Self-efficacy, quality of life, educational program, Nursing.

RESUMO

OBJETIVOS: Para determinar o efeito de um programa educacional sobre a autoeficácia e qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo II.

MÉTODOS: Ele realizou um estudo quasi-experimental com 25 pacientes do grupo experimental e 25 no controle, do National Hospital Daniel Alcides Carrión, 2017. Uma escala de auto-eficácia e questionário de qualidade de vida foi utilizado para a coleta de dados. Para o teste de análise t de Student inferencial estávamos acostumados independentes.

RESULTADOS: Após a intervenção as pontuações médias mais elevado de auto-eficácia foi alcançada no grupo experimental (36,72 + -4,38), em comparação com o controlo (14,76 + 5,40) do grupo. pontuações médias mais elevada qualidade de vida também foi alcançada no grupo experimental (205,16 + -28,30) em comparação com o controlo (104,88 + 28,08) grupo. Também diferenças significativas entre os dois grupos foi encontrado nas dimensões da qualidade de satisfação com a vida e o tratamento ($P \leq 0,000$), impacto de doença ($P \leq 0,000$), preocupação para efeitos futuros de doença sociais e aspectos ($P \leq 0,000$) e saúde ($P \leq 0,000$).

CONCLUSÕES: O programa educacional desenvolve a auto-eficácia e qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus tipo II.

Palavras-chave: auto-eficácia, qualidade de vida, programa educacional, Enfermagem.

INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica epidémica catalogada como el tercer problema mundial de salud pública por su incidencia (1).

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas, es una de las principales causas de morbilidad asociada con el actual modelo económico y social, con serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros (2).

Esta enfermedad es un grave problema de salud pública y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos. Hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben el tratamiento apropiado. Se subestima la repercusión de la diabetes en las sociedades y las personas. Las personas con diabetes, cuya enfermedad está mal controlada, tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muerte prematura. La diabetes no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones en la calidad de vida del enfermo y la de su familia (3).

Las repercusiones de esta enfermedad influyen en el funcionamiento físico del paciente, psicológico y social y afecta así su calidad de vida (4).

La calidad de vida relacionada con la salud tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el

otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud (5).

Del mismo modo, la percepción de autoeficacia tiene repercusión en la forma en que las personas piensan, ya sea positiva o negativamente, y cómo estos patrones motivan o no al sujeto para hacer frente a las dificultades, al estrés o la depresión. También, guían la toma de decisiones y elecciones. Estas creencias facilitan la regulación personal de la conducta y las cogniciones; igualmente son el fundamento de la motivación, el logro y el bienestar, debido a que el sujeto direcciona las conductas y pensamientos hacia lo que desea lograr (6).

Por otra parte, la inadecuada calidad de vida y baja autoeficacia del paciente diabético se puede mejorar mediante la educación del equipo de salud y, específicamente, del personal de enfermería. Medina (7), en el libro *Ciencia y disciplina de enfermería*, considera que "la educación sanitaria es una de las principales funciones del personal de enfermería, proceso en el que se deberá tener en cuenta la percepción de cada paciente antes de dar información cognitiva, permitiéndole trabajar en el mismo cuadro conceptual que el paciente". De igual modo, Watson (8), en la *Filosofía y teoría del cuidado*, plantea que uno de los diez factores cuidadosos que la enfermera(o) debe fortalecer o desarrollar "hace referencia a promocionar la enseñanza y el aprendizaje interpersonal. Mediante este factor el personal de enfermería puede brindar un cuidado más humano, a su vez que informa al paciente y deriva a este la responsabilidad de su salud y bienestar".

Por lo expuesto, la investigación tiene por objetivo de determinar el efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes

mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima, durante el periodo 2017.

Además, el presente estudio se clasifica en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la justificación e importancia, la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo lo compone el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema, las definiciones conceptuales y las bases epistémicas.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

El cuarto capítulo lo conforman los resultados de la investigación, presentando los resultados del trabajo de campo con aplicación estadística, mediante distribución de frecuencias y gráficos. Asimismo se tiene en cuenta la contrastación de las hipótesis mediante el análisis inferencial.

Por último, en el quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se despliegan las conclusiones y las sugerencias. También se incluyen las bibliografías y los anexos.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
RESUMO	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del Problema	16
- Problema general	16
- Problemas específicos	16
1.3. Objetivos	16
1.4. Hipótesis	17
1.5. Variables	18
1.6. Justificación e importancia	19
1.7. Viabilidad	20
1.8. Limitaciones	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	21
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definiciones conceptuales	31
2.4. Bases epistémicos	32

CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Diseño y esquema de la investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.4. Instrumentos de recolección de datos	39
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	42

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	43
4.2. Análisis inferencial de los resultados	56

CAPÍTULO V. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Discusión de los resultados	65
----------------------------------	----

CONCLUSIONES	69
---------------------	----

SUGERENCIAS	70
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA	71
---------------------	----

ANEXOS	80
---------------	----

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del Problema.

La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI y es la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (9).

En el mundo existen más de 382 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las cuales se estima que aumenten a 592 millones para el año 2035, con un promedio del 7.7% en población adulta de 20 a 79 años de edad (10).

Asimismo, en México, ocupa el sexto lugar con 8.7 millones de personas con DM2, lo que ha generado un costo de 834 dólares y 70,281 defunciones al año por persona, resultado de complicaciones como cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, nefropatías, pie diabético, retinopatía entre otras, causadas por la presencia de hiperglucemia (11).

En Venezuela, según el último reporte difundido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, para el 2012, la diabetes se posicionó como la quinta causa de muerte con 10 528 (7,11 %) de los casos (12).

Según la Asociación Colombiana de Diabetes, se estima que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años de edad que reside en el área urbana tiene diabetes tipo 2 (13).

En el Perú, los datos epidemiológicos son contundentes, la encuesta ENDES 2013 realizada en cerca de 7 000 hogares a nivel nacional en mayores de 18 años, ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y obesidad de 18,3% (14). Lo más alarmante de todos éstos datos es la afectación de la

población infantil; la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH 2009-2010) en niños de 5 a 9 años, ha encontrado una prevalencia de 15,5% de sobrepeso y 8,9% de obesidad (15), y como lo afirma el Prof. Whitaker “de una manera general podemos decir que el 50% de los niños obesos, mayores de 6 años, continuarán siendo obesos en la etapa adulta” (16).

El estudio PERUDIAB 2012 realizado en 1 677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos mayores de 25 años, ha encontrado una prevalencia de 7% de diabetes mellitus y 23% de hiperglicemia de ayuno (prediabetes) (17).

Por su parte, Seclén (18) informa que si bien es cierto no se han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en población infantil en nuestro medio, el solo hecho de tener a la cuarta parte de la población infantil en sobrepeso y obesidad, explica la aparición de casos de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, más si se asocia con *acantosis nigricans*, un componente clínico adicional de insulinoresistencia.

Es más, la diabetes mellitus tipo 2 representa grandes factores de mortalidad, con pérdida importante en la calidad de vida de los pacientes. Es una de las principales causas de insuficiencia renal, ablación de miembros inferiores, ceguera y enfermedad cardiovascular (19).

González y Oropeza (20) señalan que la diabetes mellitus genera complicaciones que afectan la calidad de vida de las personas y provoca problemas a sus familias. Además, genera grandes gastos para los sistemas sanitarios.

Por otra parte, se han utilizado diversas estrategias para mejorar el control de la diabetes mellitus. En los reportes científicos al respecto, se identifica la inclinación por intervenciones educativas (21-24); sin embargo, a pesar de que

los resultados reportados son favorables en cuanto a la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad (25), los cambios no persisten después de cierto tiempo y, además, no existe un abordaje completo de las habilidades requeridas para alcanzar el control metabólico. Para lograrlo, es necesario que las personas se entrenen en habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento e identificación de barreras, así como de afrontamiento de situaciones estresantes (26).

Gimenes, Saraiva, Franca, Souza, Zanetti y Santos (27) demostraron una leve mejoría en casi todos los dominios de la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus, antes y después de la participación de un programa educativo.

Otros autores (28,29) definen la educación para el autocuidado como el proceso de facilitar el conocimiento y las habilidades que envuelven prácticas corporales, dietéticas, terapéuticas y otras realizadas por el propio paciente, para mejorar el control metabólico y preservar o mejorar la calidad de vida con costes razonables. Este proceso integra las necesidades, objetivos y experiencias de vida de las personas con diabetes y es guiado por calidades basadas en evidencias.

Pérez, Barrios, Monier, Berenguer y Martínez (30) mencionan que la educación diabetológica tiene una importante repercusión social, dada por cambios favorables en el estilo de vida en relación con la dieta, la realización de ejercicios físicos, el abandono del hábito de fumar y de la ingestión de bebidas alcohólicas, así como el incremento de la cultura sanitaria a las personas con diabetes, individuos en riesgo y población en general; previene o retrasa las complicaciones a largo plazo en los pacientes afectos y eleva la esperanza de vida de estas personas, también proporciona mejor control

metabólico y cambios positivos en los principales indicadores clínicos (reducción del peso corporal en los sobrepesos u obesos y reducción de la tensión arterial); reduce los ingresos hospitalarios con la consiguiente disminución de los costos que esto implica (en alimentación, medicamentos, pérdidas de días laborables, entre otros); mejora la economía del paciente y de su familia (se reducen los gastos empleados en la adquisición de medicamentos); aumenta el nivel de conocimientos, destrezas y habilidades para poder convivir con su enfermedad, mejorando la calidad de vida de estas personas.

Guerrero, Parra y Mendoza (31) concluyeron que a medida que los pacientes tengan un sentimiento de confianza para afrontar situaciones de la vida de manera eficaz, se verá menos afectada la energía y la movilidad, el control de la diabetes, la sobrecarga social y por consiguiente, su calidad de vida relacionada con la salud.

También, en estudios realizados en personas con DM, se ha encontrado que las creencias de autoeficacia tienen una gran relevancia para alcanzar las primeras metas del tratamiento (32,33); además de fungir como predictoras de la adherencia a regímenes prescritos en adultos con DM2, después de controlar las creencias de salud y las percepciones de las barreras (34).

Por otro lado, partiendo de que para el tratamiento de la DM2 es necesario hacer una dieta saludable, realizar ejercicio o actividad física regular y tener comportamiento de autocuidado, algunos estudios han analizado la autoeficacia y su relación con tales comportamientos.

Al respecto de la dieta, varios trabajos han señalado la influencia favorable de la autoeficacia (35).

En el caso del ejercicio o actividad física, los resultados son similares pues se han encontrado relaciones directas entre la autoeficacia y la adherencia a lo prescrito (36).

Por último, la educación en diabetes y el control conductual son los componentes que más se relacionan con la eficacia de una intervención, bajo esta premisa se inscribe la importancia de incorporar la educación en diabetes como una prestación de los servicios de salud (37).

1.2. Formulación del Problema

Bajo este contexto se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es el efecto de un programa educativo en la autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017?
- ¿Cuál es el efecto de un programa educativo en la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017?

1.3. Objetivos.

a. Objetivo general:

- Determinar el efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

b. Objetivos específicos:

- Evaluar el efecto de un programa educativo en la autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.
- Establecer el efecto de un programa educativo en la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

1.4. Hipótesis**a. Hipótesis general:**

Ho: El programa educativo no desarrolla la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

Ha: El programa educativo desarrolla la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

b. Hipótesis específicas:

Ha₁: El programa educativo desarrolla la autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

Ha₂: El programa educativo desarrolla la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2017.

1.5. Variables

a. Identificación de las variables.

Variable dependiente:

La autoeficacia y calidad de vida

Variable independiente:

Programa educativo

Variables de caracterización:

Características sociodemográficas y de enfermedad.

b. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE:				
La autoeficacia y calidad de vida	Autoeficacia	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Calidad de vida	Máxima Plausible Baja Mínima	Cualitativa	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Programa educativo	Única	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica • No se aplica 	Cualitativa	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Edad	Única	En años	Cuantitativa	De razón
Género	Única	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Nivel educativo	Única	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal
Estado civil	Única	Soltero Casado/conviviente Divorciado/Separado Viudo	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Única	Empleado Ama de casa Obrero Jubilado Otro	Cualitativa	Nominal
Años de evolución de la diabetes mellitus tipo II	Única	0 a 5 6 a 10 11 a 15 Más de 15	Cualitativa	Ordinal
Tipo de tratamiento farmacológico	Única	Sin tratamiento farmacológico Antidiabéticos orales Insulina Antidiabéticos orales + Insulina+ otros tratamientos	Cualitativa	Nominal

1.6. Justificación e Importancia

Se justificó llevar a cabo el estudio de este problema:

A nivel teórico

El estudio se justifica por la contribución teórica o conceptual sobre las variables de autoeficacia y calidad de vida en diabetes mellitus tipo II. También, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

A nivel práctico

Este estudio pretende dotar al servicio de salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima de un programa educativo que tenga un efecto beneficioso en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre la autoeficacia y aspectos físicos y emocionales de la salud relacionados con la calidad de vida, que se concreta en más ejercicio, alimentación más saludable, mejora de la adherencia a los tratamientos, mejora de los parámetros de control metabólico, menos limitaciones en las actividades sociales, mayor bienestar psicológico y calidad de vida, mejor estado de salud, mayor autoeficacia y reducción de los síntomas y el dolor.

A nivel metodológico

La investigación ayuda a crear o implementar nuevos instrumentos de recolección de datos y a la vez validada. De igual modo, se tendrá en cuenta la forma adecuada de selección y recolección de nuestros datos, evitando sesgos.

Asimismo, el estudio es importante porque la diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa de alta prevalencia que precisa cuidados continuos, accesibles, integrales, de calidad, eficaces y a un costo razonable durante toda la vida de la persona.

Porque la diabetes mellitus tipo II, es una enfermedad crónica no transmisible, que cada año provoca millones de muertes y discapacidad, así como afectaciones a los

servicios médicos por gastos de recursos humanos y materiales. Sin embargo, es una enfermedad prevenible.

Del mismo modo, porque la diabetes tipo II puede llevar a una depreciación de la calidad de vida, ya que se refleja en diferentes aspectos, como un estado físico debilitado, deterioro del funcionamiento físico, dolor en las extremidades inferiores, falta de vitalidad, dificultad en las relaciones sociales y emocional inestabilidad.

Porque, el reconocimiento de la trascendencia y la gravedad de la diabetes tipo II nos llevan a considerar la educación del paciente como parte indispensable del tratamiento.

Y, porque la educación es el medio para disminuir el costo de la ignorancia, no solo en beneficio de los diabéticos, sino de la sociedad en su totalidad.

1.7. Viabilidad.

Nuestro estudio fue viable, ya que se dispuso de recursos propios para financiarlo, dotando de recursos, económicos y materiales suficientes para su ejecución.

1.8. Limitaciones.

De acuerdo a lo planificado, nuestra investigación no presenta problemas de índole metodológica tanto de diseño, muestreo ni de instrumentos de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

En cuanto a los antecedentes de investigación consideramos los siguientes:

En México, en el año 2016, González y Oropeza (38), realizaron un estudio con el título “Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México” y el objetivo de realizar una revisión por temas de las intervenciones cognitivo conductuales utilizadas en México para mejorar el control de la diabetes mellitus (DM). Las intervenciones cognitivo conductuales para la revisión se obtuvieron de bases de datos (Redalyc, Dialnet, SciELO), el Catálogo TESIUNAM, centros de documentación especializados, libros, referencias de los estudios analizados y consulta a expertos. Se incluyeron trabajos realizados entre 1990 y 2014. Se analizaron variables relacionadas con la intervención y para evaluar las características metodológicas se utilizaron los criterios del CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials / Estándares Consolidados de Reporte de Ensayos). Como resultados fueron incluidos diecinueve estudios que cumplían con los criterios necesarios. 11 intervenciones buscaban mejorar la adherencia al tratamiento y/o al autocuidado; 11 mejorar el estado de ánimo y 10 buscaban aumentar la calidad de vida y/o bienestar psicológico. De los 19 estudios, 18 reportaron resultados favorables para el control de la DM. Sólo dos estudios cumplieron con más del 50% de los criterios sugeridos por el CONSORT.

Asimismo, en Venezuela, Guerrero, Parra y Mendoza (39) bajo el título “autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis”, realizaron un estudio con el objetivo de analizar la correspondencia entre autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento de hemodiálisis. Estudio correlacional de corte transversal, realizado entre enero y mayo de 2015. El universo estuvo constituido por 200 pacientes de dos instituciones de salud del estado Yaracuy-Venezuela. Finalmente quedó una muestra intencional de 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres) que reunieron los criterios de selección establecidos y respondieron de manera voluntaria y previo consentimiento informado la escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Dentro de los resultados, se encontró que la autoeficacia generalizada presentó asociación con la calidad de vida relacionada con la salud ($r = -0,480$; $p = 0,01$), con las dimensiones energía y movilidad ($r = -0,315$; $p = 0,01$), control de la diabetes ($r = -0,409$; $p = 0,01$) y la sobrecarga social ($r = -0,457$; $p = 0,01$). Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo.

En Cuba, Casanova, Navarro, Bayarre, Sanabria, Trasancos y Moreno (40) realizaron un estudio titulado “Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus”, con el objetivo de diseñar un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus donde se eleve el nivel de conocimiento de los mismos en cuanto a su enfermedad y la prevención de las complicaciones. Se realizó una investigación de tipo descriptiva y desarrollo tecnológico, se emplearon métodos del nivel teórico y del nivel empírico, en el Policlínico universitario Hermanos Cruz, de Pinar del Río, en el primer trimestre de 2012. Como

universo de estudio se tomó la totalidad de la población adulta mayor con diabetes mellitus tipo 2, de 60 años y más, ($U=1369$). La muestra quedó conformada por 123 pacientes. Se identificó como una limitante en la educación para la salud dirigida a adultos mayores con diabetes mellitus, ya que fueron insuficientes los conocimientos teóricos prácticos en los pacientes. Se elaboró y propuso un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus, se tuvo en cuenta los resultados de la investigación y se ofrecieron las herramientas teóricas prácticas para la educación a adultos mayores con diabetes mellitus.

También, en Brasil, Gimenes, Saraiva, Franca, Souza, Zanetti y Santos (41) con el título de “La calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus antes y después de la participación en un programa educativo”, realizaron un estudio cuasi-experimental objetivando evaluar la calidad de vida relacionada a la salud de personas con diabetes mellitus, antes y después de participar de un programa educativo de cinco meses. Participaron 51 sujetos, predominantemente de sexo femenino (56,9%), promedio etario y desvío estándar de $57,65 \pm 11,44$ años, en un servicio de atención primaria del interior paulista durante 2008. Datos recolectados mediante cuestionario SF-36. El instrumento se demostró confiable para la población estudiada, el Alpha de Cronbach para componentes físicos y mentales fue de 0,83 y 0,89, respectivamente. Los resultados mostraron discreta mejora en casi todos los dominios, a pesar de que el estado general de salud antes ($63,96 \pm 19,03$) y después ($70,59 \pm 17,82$) del programa educativo haya presentado diferencia estadísticamente significativa $t(50)=-2,16$; $p<0,05$. La participación de los sujetos en el programa educativo en diabetes mellitus contribuyó también para mejorar la percepción acerca de su estado general de salud.

Por otra parte, en Lima-Perú, en el año 2015, Romero (42) desarrolló una investigación titulada *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2* "", que tuvo como objetivo establecer la relación entre las percepciones de enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para este propósito se evaluó a 44 pacientes con edades entre 44 y 80 años ($M= 64.64$, $DE= 8.81$) utilizando una versión del cuestionario IPQ-R de Moss-Morris y colaboradores (2002) para las percepciones de enfermedad en pacientes con DM2 y la adaptación española del SF-36 de Alonso, Prieto y Antó (1995) para medir la CVRS. Se encontró que las percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, las respuestas emocionales negativas y un acuerdo de que la enfermedad tiene serias consecuencias sobre la vida estuvieron asociadas a una calidad de vida más deteriorada en diferentes dimensiones. Además, los participantes evidenciaron un buen funcionamiento en los índices globales de salud física y mental reflejando una CVRS preservada. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en los constructos principales en relación a diversos factores sociodemográficos y de enfermedad como el sexo, la edad, el estado civil, la existencia complicaciones médicas y el nivel de HbA1c.

En el año 2012, Cárdenas y Laiza (43) llevaron a cabo un estudio bajo el título *"Intervención educativa farmacéutica para la prevención de diabetes mellitus tipo 2. Centro Poblado Ramón Castilla – Huanchaco - Trujillo"*, con el objetivo de determinar el efecto en el nivel de conocimiento de la intervención educativa farmacéutica para la prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2, para ello se realizó la Intervención Educativa Farmacéutica en el Centro Poblado

“Ramón Castilla”, Distrito de Huanchaco, Provincia de Trujillo, Departamento La Libertad; la metodología se desarrolló mediante charlas educativas acerca Diabetes Mellitus Tipo 2, orientadas a incrementar el nivel de conocimiento en una muestra de 40 participantes, acerca de factores de riesgo, complicaciones y tratamiento para fomentar la prevención de esta enfermedad; la recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un test antes (pre-test) y después (post-test) de la intervención. Para determinar las diferencias estadísticas entre los dos momentos evaluativos se usó la prueba t de Student, ($p < 0.05$). El nivel de conocimiento inicial fue deficiente, siendo 0% excelente, 20% bueno, 18% regular, 63% bajo y luego de la intervención éste se incrementó a 48% excelente, 53% bueno y 0% regular y bajo. Finalmente, la Intervención Educativa Farmacéutica logró incrementar el nivel de conocimiento de la población sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 para que puedan prevenir y detectar a tiempo esta enfermedad de prevalencia actual.

Y, también, en el año 2003, Calderón, Solís, Castillo, Cornejo, Figueroa, Paredes, et. al (44) desarrollaron un estudio con el título “Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención educativa en el control metabólico de los pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima - Perú. Los promedios de HbA1c disminuyeron significativamente en ambos grupos durante todo el estudio pero solo a los 6 meses el grupo PEBADIM presentó concentraciones de HbA1c menores al grupo control (7.5% +/- 1.5 % versus 8.8 % +/- 1.4%), La proporción de pacientes con HbA1c controlada (< 7%) en el grupo PEBADIM se incrementó desde 12.1% hasta 54.3% a los 6 meses, lo cual se diferencia significativamente del grupo control que incrementó la

proporción de pacientes controlados desde 11.1 % al inicio hasta 35.8 % a los 6 meses ($X^2 = 3.93$, $p = 0.04$). Posteriormente la proporción de pacientes controlados disminuye en ambos grupos. Concluyeron que la intervención educativa PEBADIM fue efectiva en mejorar el control metabólico de los pacientes con DM 2 con relación al grupo control; constituyendo un modelo que puede servir de base para facilitar el desarrollo de nuevos programas educativos en diabetes en el ámbito nacional.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. La autoeficacia

2.2.1.1. Definiciones

Bandura (45) define el término auto-eficacia como la creencia que tienen las personas de que son capaces de realizar todo lo que se propongan. Las creencias de la auto-eficacia pueden determinar cómo los seres humanos piensan, sienten, se motivan y se comportan. Cuando las personas están seguras de lo que quieren lograr, alcanzan fácilmente el éxito esperado, a diferencia de aquellas que no se creen capaces de avanzar ante las situaciones de la vida cotidiana.

Canales y Barra (46) lo definen como la capacidad volitiva que posee una persona para actuar activamente en diversas conductas cotidianas, en específico con aquellas que están relacionadas con conductas de prevención y manejo de enfermedades o condiciones crónicas.

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido

amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (47).

El concepto de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (48). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (49).

La expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción. Por último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos (50).

2.2.1.2. Fuentes de la autoeficacia

Bandura identifica cuatro fuentes básicas de la autoeficacia y que son (51):

- **Experiencias previas:** particularmente el éxito o el fracaso. Son una importante fuente de autoeficacia y es el factor con mayor influencia en el individuo. Las experiencias previas hacen que las personas midan el efecto de sus acciones con respecto a ellas. Una experiencia previa positiva incentiva el éxito y aumenta la autoeficacia. Un fracaso la disminuye.

- **Experiencia vicaria, o aprendizaje por observación, modelaje o imitación:** la fuerza de este aprendizaje radica en la semejanza del modelo que observa, el número y la variedad de modelos que observa, la percepción de poder del modelo y la similitud de problemas compartidos. Aunque la influencia de la experiencia vicaria es más débil se convierte en una importante fuente de autoeficacia si la experiencia previa es limitada.
- **Persuasión verbal o persuasión social:** el refuerzo positivo verbal recibido de una persona experta, referente, atractiva y digna de confianza. Retroalimentación positiva.
- **Estado fisiológico:** los estados tales como ansiedad, estrés, miedo, fatiga...ejercen influencia sobre las cogniciones. En una situación de ahogo, dolor, sudoración, aumento del latido...disminuye la sensación de logro, frente a una situación de calma y relax que refuerza la consecución efectiva de la actividad.

2.2.2. La calidad de vida

2.2.2.1. Definiciones

Levy y Anderson (52), en 1980, refieren que “es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas”.

En 1990, Celia y Tulskey (53) la definen 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 y real”.

Asimismo, Felce y Perry (56), en 1995, la definen 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, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (57). Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea (58).

Actualmente, la calidad de vida es un concepto que “refleja la intención de cuantificar las repercusiones de una enfermedad y sus tratamientos, de acuerdo con la percepción que las personas tengan sobre sus capacidades, desenvolver sus potencialidades y tener una vida plena” (59).

En resumen, y tomando lo planteado por Fernández-Ballesteros (60), se puede decir que la literatura sobre CV concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

2.2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida, tenemos (61):

- **Satisfacción con el tratamiento:** El concepto de satisfacción enfoca las percepciones del paciente en relación al tratamiento.
- **Impacto de la enfermedad:** es la impresión o efecto que produce la enfermedad en una persona.

- **Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales:** Es la intranquilidad, temor, angustia, o inquietud de algo que ha ocurrido o que va a ocurrir.
- **Estado de Salud:** Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

2.2.3. Programa educativo

Los programas educativos se definen con frecuencia como intervenciones complejas en las que a menudo es difícil definir el “ingrediente activo”. El hecho de que un programa demuestre ser efectivo puede deberse a cualquier modelo teórico de combinación, en el que se utilicen las habilidades del educador, el lugar de reunión, la relación de comunicación de los participantes y demás elementos (62).

La educación es una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, la cual tiene por objeto la impartición sistemática de conocimientos teórico-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos que la población debe asimilar, interiorizar y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non para preservar en óptimas condiciones su estado de salud (63).

La educación, con mayores probabilidades de éxito, es la que responsabiliza al educando de su cuidado, lo que significa enseñarlo a tomar decisiones orientadas a la prevención de las enfermedades, asimismo concientizarlo de que la educación en salud tiene la misma importancia que el estilo de vida,

sólo así podrá modificar su calidad, como parte integral de su vida y no como un factor que interfiere en ella (64).

La educación en los adultos debe considerar los estilos de aprendizaje, ya que una vez identificados se pueden diseñar estrategias más adecuadas a las personas a quienes van dirigidas, uno de los instrumentos utilizados para la identificación del estilo de aprendizaje es el Cuestionario Honey Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA), el cual identifica a los sujetos, según su grado de preferencia, en cuatro estilos de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático (65).

Por otra parte, la educación en diabetes mellitus es un proceso social que se alimenta del cúmulo de teorías y métodos que ofrecen las ciencias médicas, sociales y pedagógicas, con las cuales se analiza el proceso de la salud-enfermedad. El propósito es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios ambientales, dirigir la formación de recursos humanos y la investigación en su propio campo (66).

2.3. Definiciones conceptuales.

- a) Autoeficacia:** se define como la opinión que tiene cada quien de sus propias capacidades, lo que ordenará para realizarlo posteriormente y le permitirá alcanzar el éxito deseado. Esto puede realizarse con diferentes grados de profundidad, conciencia y precisión, con más o menos estructuras y con mayor o menor estabilidad.
- b) Calidad de vida:** se define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

c) Diabetes mellitus tipo 2: diabetes mellitus no insulina dependiente o diabetes de aparición en el adulto es una enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de glucosa en la sangre, ocurre cuando la falta de efectividad de la insulina (resistencia a la insulina) se combina con la falla en la producción de insulina por parte de las célula β del páncreas, o bien por cada uno de los factores por separado. Para el diagnóstico definitivo de DM2 y otras categorías de regulación de la glucosa, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero.

d) Programa educativa: son acciones humanas y recursos materiales diseñados con el fin de promover y desarrollar capacidades en las personas, para crear e impulsar las condiciones que favorecen su cuidado en la salud.

2.4. Bases epistémicas.

Actualmente, se reconoce la necesidad de aplicar y desarrollar teorías y modelos científicamente fundamentados que marquen conductas y acciones influyentes de manera general hacia conductas o estilos saludables. Se presenta a continuación las teorías enmarcadas dentro de las bases epistémicas.

2.4.1. Modelo de calidad de vida de Shwatzmann

Desde hace dos décadas y producto de las características epidemiológicas y sociales de la enfermedad, donde las patologías crónicas son prevalentes y para lo cual no existe una curación total, cambia el objetivo de los tratamientos, para ser destinados a atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, utilizándose para ello un modelo alternativo en el cuidado del paciente llamado modelo biopsicosocial, el cual incorpora no sólo el concepto biológico de la enfermedad, sino que adiciona las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a

la enfermedad, surgiendo de esta manera el paradigma de calidad de vida como una medida subjetiva de estos dominios (67).

Schwartzmann et al (68) proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.

Posteriormente, Schwartzmann (69) presenta un modelo de calidad de vida adaptado de Kuok Fai Leung y en donde postula el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, los cuales llevan a cambios en la valoración con patrones temporales o interpersonales también cambiantes, lo cual puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento (coping) y patrones con los cuales la persona se compara.

En resumen, Torres y Sanhueza (70) mencionan que la calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos).

2.4.2. La teoría de autoeficacia de Bandura

Por un lado, la investigación surge de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta como es la Teoría Social Cognitiva (71), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas.

- a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal,
- b) las expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal) y
- c) la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (72):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción

estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas. De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados (73).

La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras (74):

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresores reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio.

En la actualidad, tomando como base los resultados positivos obtenidos en los primeros estudios, la metodología de autogestión en enfermedades crónicas se ha apoyado de forma decidida en la teoría de autoeficacia de Bandura. El

programa de educación se ha ido construyendo, mejorando y adaptando a la teoría psicológica que fundamenta el aumento de la eficacia de las personas con enfermedad crónica.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación.

De acuerdo al tipo de intervención, fue un estudio **experimental**, porque se manipuló la variable independiente.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue **prospectivo**, porque se captó la información después de la planeación.

Y, según el periodo y secuencia del estudio; el estudio fue **longitudinal**, porque las variables involucradas se midieron en más de un momento.

3.2. Diseño y esquema de la investigación.

El diseño utilizado en el presente estudio fue el cuasi-experimental con pre test y post test para el grupo control y el grupo experimental, cuyo esquema es el siguiente:

G.E.	O ₁ -----	X	-----	O ₃
G.C.	O ₂ -----	-	-----	O ₄

Dónde:

G.E. Grupo Experimental.

G.C. Grupo Control.

O₁ y O₂ Medición antes del experimento (Pre Test)

X Aplicación del experimento (Variable Independiente)

O₃ y O₄ Medición después del experimento (Pos Test)

3.3. Población y Muestra.

3.3.1. Población.

La población para el presente estudio estuvo compuesta por todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II, jurisdicción del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima, siendo un total de 300 pacientes.

Características de la población:

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio, a aquellos pacientes:

- Con complicaciones de la enfermedad.
- Con problemas de salud mental.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo.

a. Ubicación en el espacio. El estudio se llevó a cabo en el Programa de

Salud del Adulto del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima-Perú.

b. Ubicación en el tiempo. La duración del estudio fue durante el periodo 2017.

3.3.2. Muestra.

- **Unidad de Análisis.**

Estuvo constituida por los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

- **Unidad de Muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco Muestral.**

Padrón nominal de pacientes.

- **Tamaño Muestral.**

La muestra fue elegida de acuerdo al tipo de muestreo no probabilístico, para un mayor control de variables extrañas se trabajó con dos grupos estructurados, siendo de 25 pacientes con diabetes mellitus tipo II para el Grupo Experimental y otros 25 pacientes con diabetes mellitus tipo II que conformaran el Grupo Control.

3.4. Instrumentos de recolección de datos.

3.4.1. Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron:

1. **Escala de autoeficacia.** Donde se tuvo en cuenta los datos relacionados a características sociodemográficos y de la enfermedad. Asimismo, lo conformó los aspectos de la autoeficacia (Anexo 01).

La medición de esta variable fue:

Alta 28 a 40

Media 16 a 27

Baja 4 a 15

2. **Cuestionario de calidad de vida.** El cuestionario estuvo compuesta de 46 ítems, distribuidos en las dimensiones satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales y estado de salud (Anexo 02).

La medición de esta variable y sus dimensiones, fueron:

Calidad de vida

Alta 169 a 230

Regular 108 a 168

Baja 46 a 107

Satisfacción con el tratamiento

Alta 52 a 70

Regular 33 a 51

Baja 14 a 32

Impacto de la enfermedad

Alta 74 a 100

Regular 47 a 73

Baja 20 a 46

Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales

Alta 41 a 55

Regular 26 a 40

Baja 11 a 25

Estado de salud

Alta 3 a 4

Regular 2

Baja 1

3.4.2. Validez de los instrumentos de recolección de datos.

Respecto a la validación de los instrumentos de recolección de los datos se tuvo en cuenta el juicio de 5 expertos relacionados en el tema, para ello emitieron su juicio en el instrumento elaborado (Ver anexo 03).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	A	A	5	1,00
2	A	A	A	A	A	5	1,00
3	A	A	A	A	A	5	1,00
4	A	A	A	D	A	4	0,80
5	A	A	A	A	A	5	1,00
6	A	A	A	A	A	5	1,00
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	A	A	A	A	A	5	1,00
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	A	A	D	A	A	4	0,80
11	A	A	A	A	A	5	1,00
12	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

Asimismo se tuvo en cuenta el análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de cronbacha, donde la escala de autoeficacia obtuvo una confiabilidad alta de 0,88 y el cuestionario de 0,92.

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

a) El Fichaje.- Se utilizó para recoger información de las fuentes primarias y secundarias para el desarrollo del marco teórico.

b) La Encuesta.- Se usó para registrar todos los datos relacionados a la autoeficacia y calidad de vida.

c) Presentación de datos.- Se emplearon cuadros estadísticos en los que se consolidarán los resultados de la lista de cotejo aplicada a los alumnos de la muestra. Los resultados fueron representados en gráficos estadísticos (gráficos de barras).

d) Análisis e interpretación de datos.- Se realizó mediante la lectura de frecuencias simples y porcentuales, así como el promedio aritmético en los cuadros estadísticos y el análisis inferencial mediante la prueba t Student, con una significancia del 0,05. Como apoyo estadístico se utilizó el software SPSS versión 20.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

4.1.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Tabla 01. Edad en años de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Edad en años	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
35 a 44	1	4,0	2	8,0
45 a 54	2	8,0	5	20,0
55 a 65	11	44,0	6	24,0
66 a 75	11	44,0	12	48,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

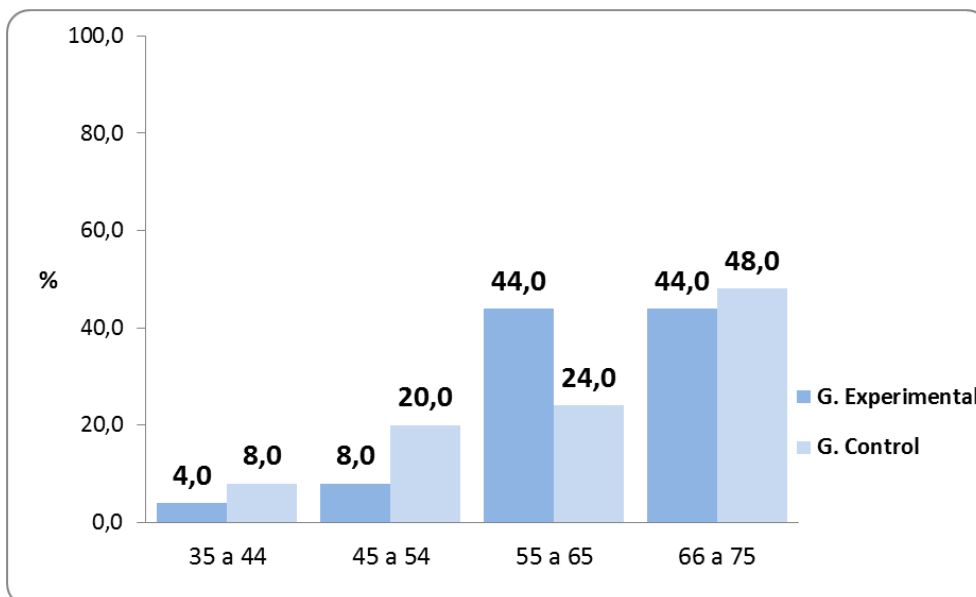


Gráfico 01. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según edad en años y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En cuanto a la edad en años de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, en el grupo experimental el 44,0% (11 pacientes) tuvieron edades entre 55 a 65 y 66 a 75 años, el 8,0% entre 45 a 54 años y el 4,0% entre 35 a 44 años. En el grupo control, 48,0% tuvieron edades entre 66 a 75 años; 24,0% se encontraban entre 55 a 65 años, el 20,0% entre 45 a 54 años y el 8,0% entre 35 a 44 años de edad.

Tabla 02. Género de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Género	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Masculino	14	56,0	7	28,0
Femenino	11	44,0	18	72,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

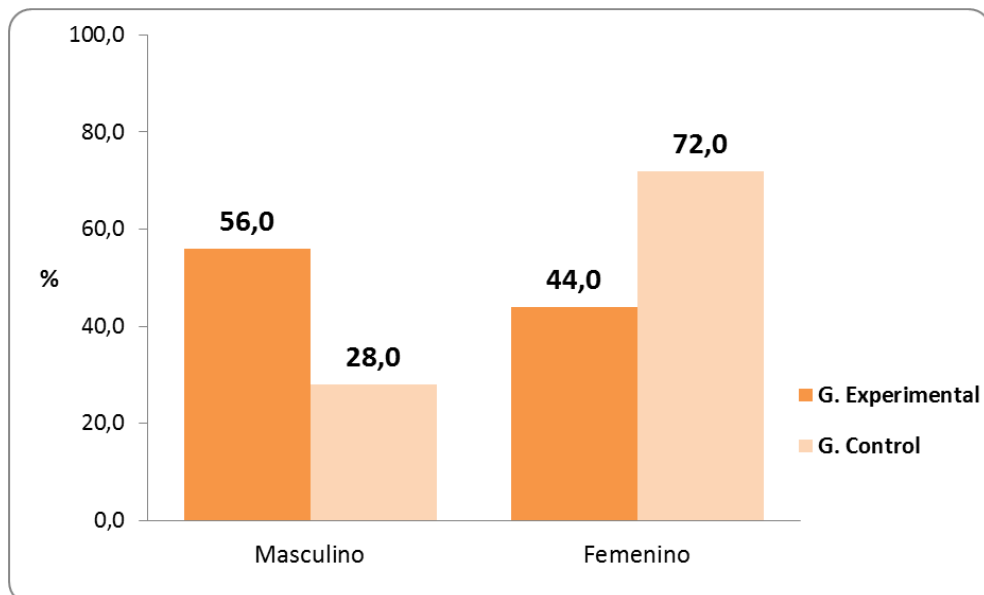


Gráfico 02. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según género y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Respecto al género de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, en el grupo experimental el 56,0% (14 pacientes) fueron de sexo masculino y el 44,0% de sexo femenino.

En cambio, en el grupo control, 72,0% fueron de sexo femenino y 28,0% de sexo masculino.

Tabla 03. Nivel educativo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Nivel educativo	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Primaria	4	16,0	3	12,0
Secundaria	12	48,0	9	36,0
Superior	9	36,0	13	52,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

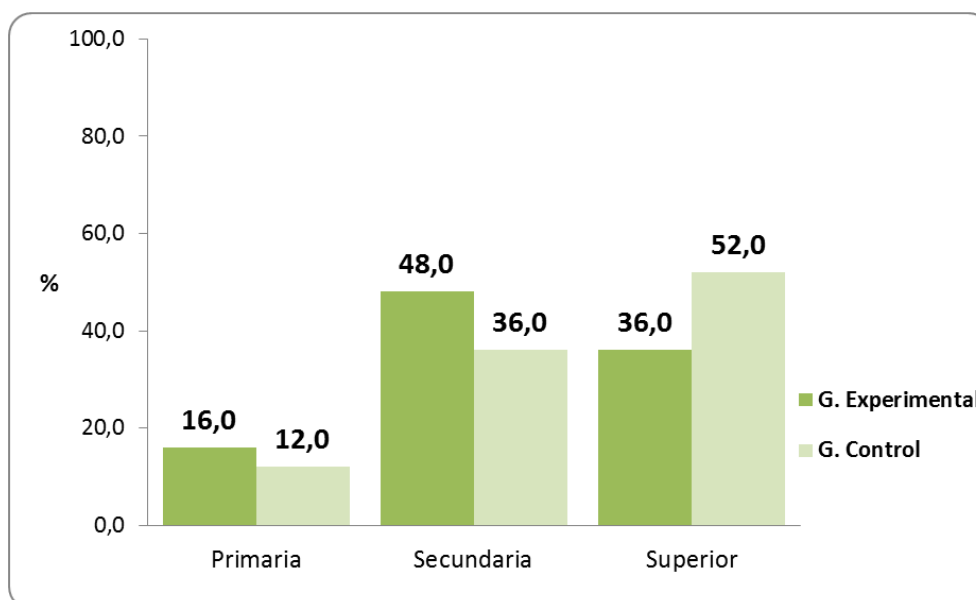


Gráfico 03. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según nivel educativo y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En razón al nivel educativo, en el grupo experimental el 48,0% (12 pacientes) alcanzaron la secundaria, el 36,0% la educación superior y el 16,0% la educación primaria.

En el grupo control, 52,0% alcanzaron la educación superior, 36,0% la secundaria y el 12,0% la educación primaria.

Tabla 04. Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Estado civil	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Soltero	1	4,0	0	0,0
Casado / conviviente	16	64,0	15	60,0
Divorciado / Separado	3	12,0	4	16,0
Viudo	5	20,0	6	24,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

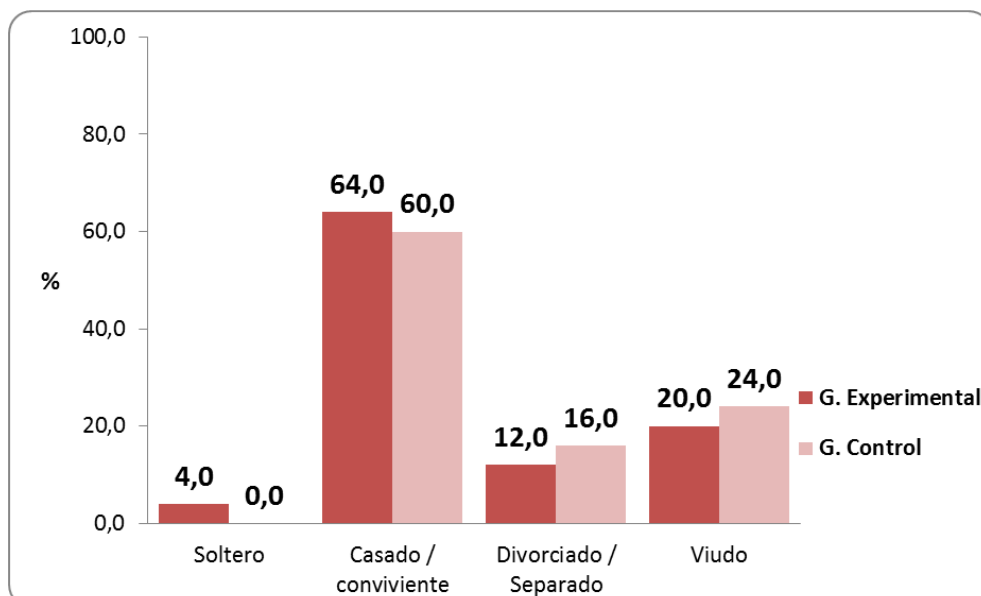


Gráfico 04. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según estado civil y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Con respecto al estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, en el grupo experimental el 64,0% (16 pacientes) tuvieron la condición de casado/conviviente, el 20,0% fueron viudos, el 12,0% divorciado/separado y 4,0% soltero.

En el grupo control, 60,0% presentaron la condición de casado/conviviente, el 24,0% viudo y el 16,0% divorciado/separado.

Tabla 05. Ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Ocupación	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Empleado	12	48,0	6	24,0
Ama de casa	9	36,0	14	56,0
Obrero	3	12,0	1	4,0
Jubilado	1	4,0	3	12,0
Otro	0	0,0	1	4,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

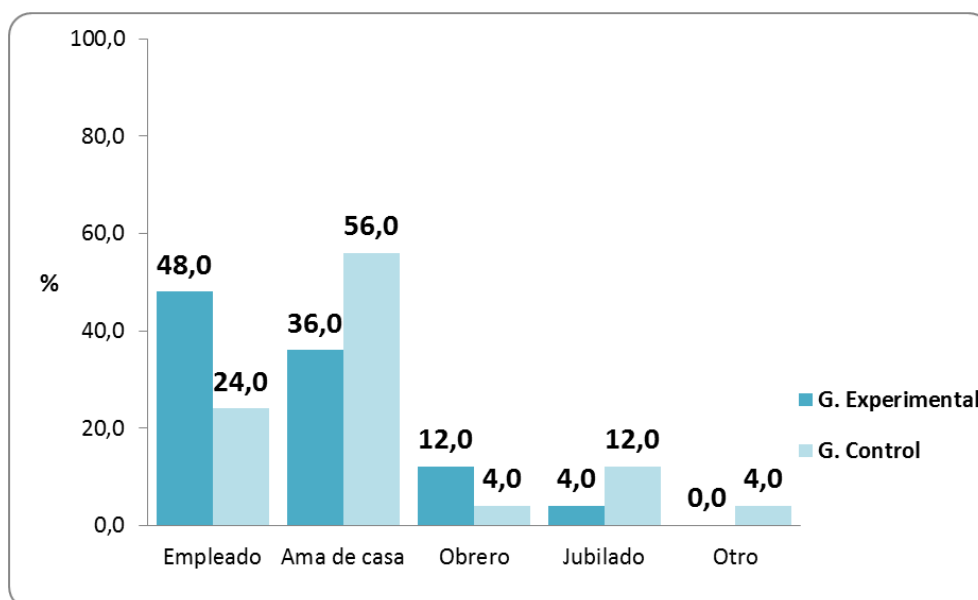


Gráfico 05. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según ocupación y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

De acuerdo a la ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, en el grupo experimental el 48,0% (12 pacientes) tuvieron la condición de empleado, el 36,0% de ama de casa, el 12,0% de obrero y el 4,0% jubilado.

En el grupo control, 56,0% fueron amas de casa, 24,0% empleados, 12,0% jubilado y 4,0% obrero y otro, cada una.

4.1.2. ASPECTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD:

Tabla 06. Años de evolución de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Años de evolución de la enfermedad	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
0 a 5	7	28,0	7	28,0
6 a 10	9	36,0	8	32,0
11 a 15	5	20,0	7	28,0
Más de 15	4	16,0	3	12,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

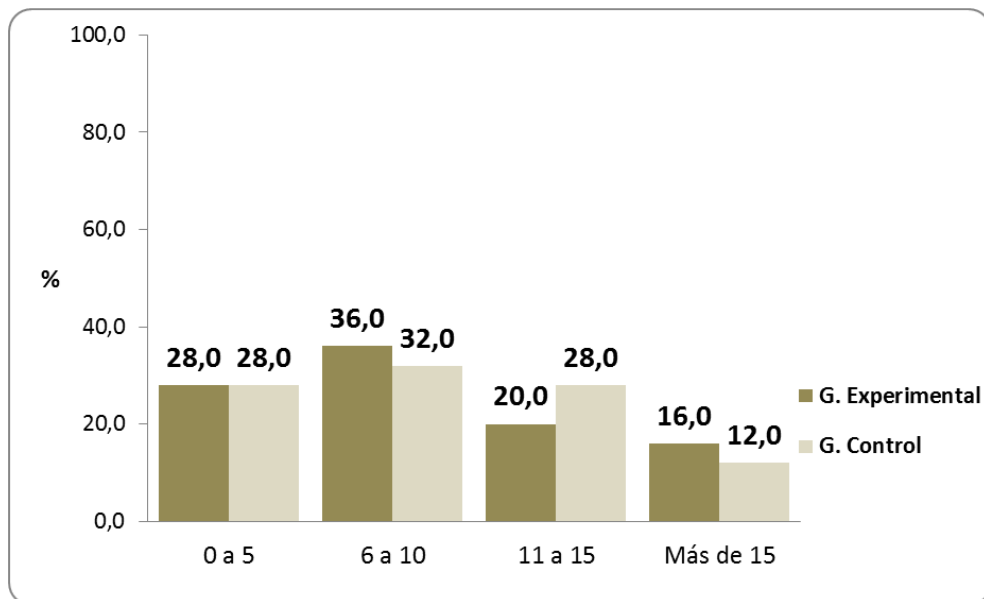


Gráfico 06. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según años de evolución de la enfermedad y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En razón a años de evolución de la enfermedad, en el grupo experimental el 36,0% (9 pacientes) tuvieron entre 6 a 10 años, el 28,0% entre 0 a 5 años, el 20,0% entre 11 a 15 años y el 16,0% de más de 15 años.

En el grupo control, 32,0% tuvieron entre 6 a 10 años, el 28,0% entre 0 a 5 años y 11 a 15 años, cada una y el 12,0% más de 15 años.

Tabla 07. Tipo de tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Tipo de tratamiento farmacológico	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Sin tratamiento farmacológico	3	12,0	1	4,0
Antidiabéticos orales	5	20,0	10	40,0
Insulina	13	52,0	8	32,0
Antidiabéticos orales + Insulina+ otros tratamientos	4	16,0	6	24,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

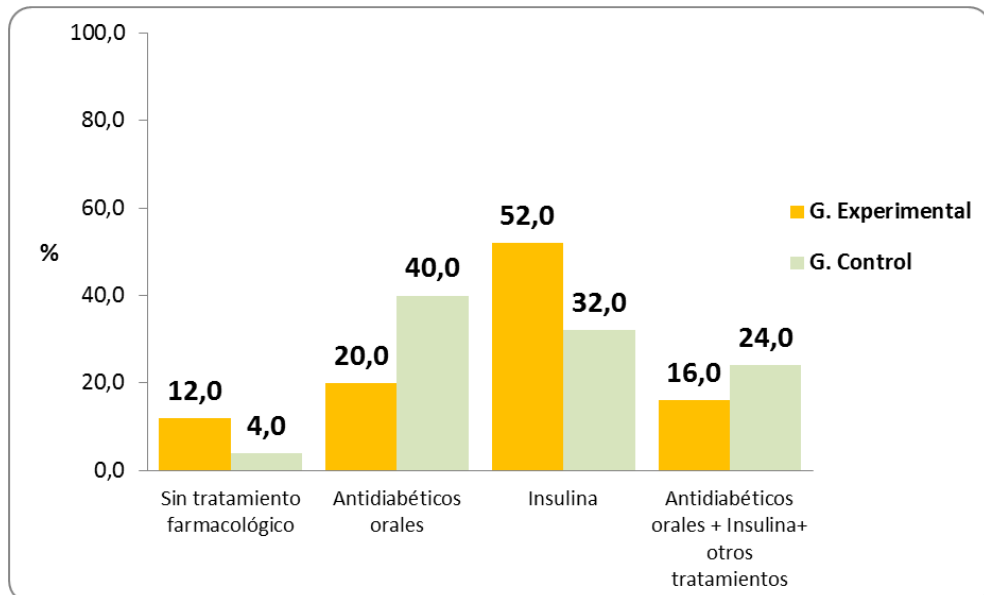


Gráfico 07. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según tipo de tratamiento farmacológico y por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Respecto al tipo de tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el grupo experimental el 52,0% (13 pacientes) tuvieron el tratamiento de insulina, el 20,0% de antidiabéticos orales, 16,0% de antidiabéticos orales + Insulina+ otros tratamientos y 12,0% no tuvieron tratamiento farmacológico.

En el grupo control, 40,0% recibieron antidiabéticos orales, 32,0% insulina, 24,0% antidiabéticos orales + Insulina+ otros tratamientos y 4,0% se encontraban sin tratamiento farmacológico.

4.1.3. ASPECTOS DE LA AUTOEFICACIA:

Tabla 08. Autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Autoeficacia	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	1	4,0	23	92,0
Media	7	28,0	2	8,0
Baja	17	68,0	0	0,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	1	4,0	1	4,0
Media	10	40,0	8	32,0
Baja	14	56,0	16	64,0

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

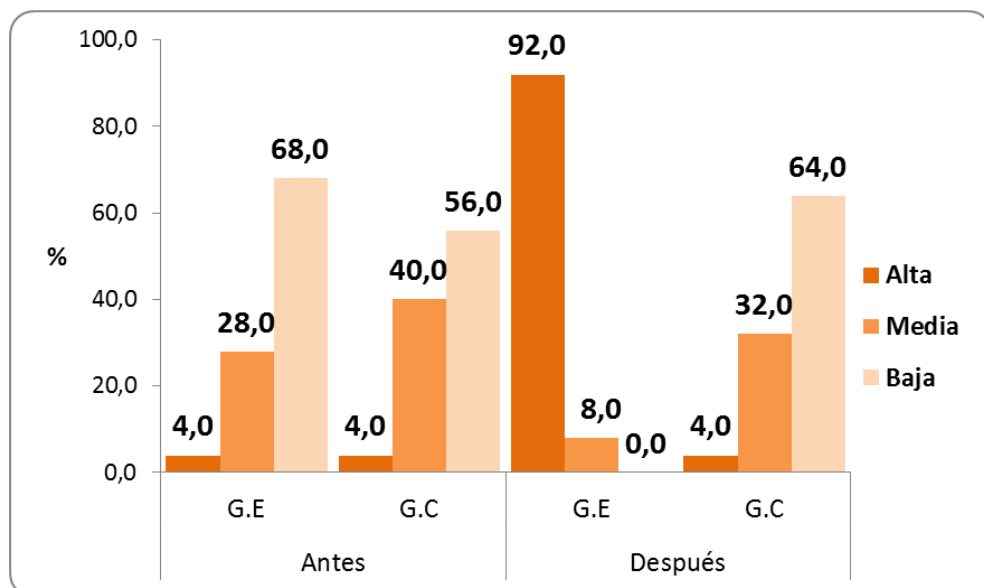


Gráfico 08. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según autoeficacia y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En cuanto a la autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de autoeficacia baja (Grupo experimental 68,0%; Grupo control 56,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de autoeficacia alta fue mayor en el grupo experimental (92,0%) respecto al grupo control (4,0%).

4.1.4. ASPECTOS DE LA CALIDAD DE VIDA:

Tabla 09. Calidad de vida en la dimensión de satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Satisfacción con el tratamiento	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	1	4,0	22	88,0
Regular	3	12,0	3	12,0
Baja	21	84,0	0	0,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	0	0,0	3	12,0
Regular	7	28,0	6	24,0
Baja	18	72,0	16	64,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

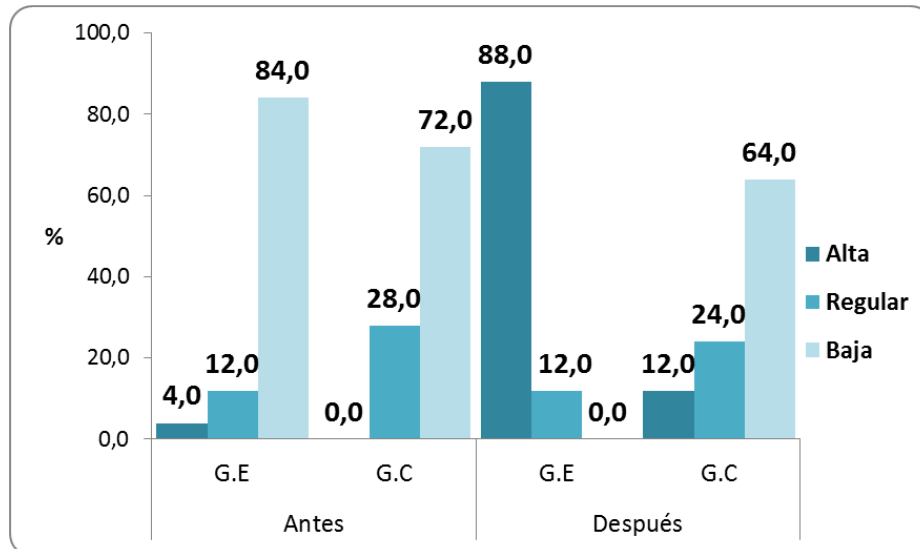


Gráfico 09. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según satisfacción con el tratamiento y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Respecto a la calidad de vida en la dimensión de satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de satisfacción baja (Grupo experimental 84,0%; Grupo control 72,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de satisfacción alta fue mayor en el grupo experimental (88,0%) respecto al grupo control (12,0%).

Tabla 10. Calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Impacto de la enfermedad	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	19	76,0	0	0,0
Regular	5	20,0	3	12,0
Baja	1	4,0	22	88,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	12	48,0	9	36,0
Regular	13	52,0	13	52,0
Baja	0	0,0	3	12,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

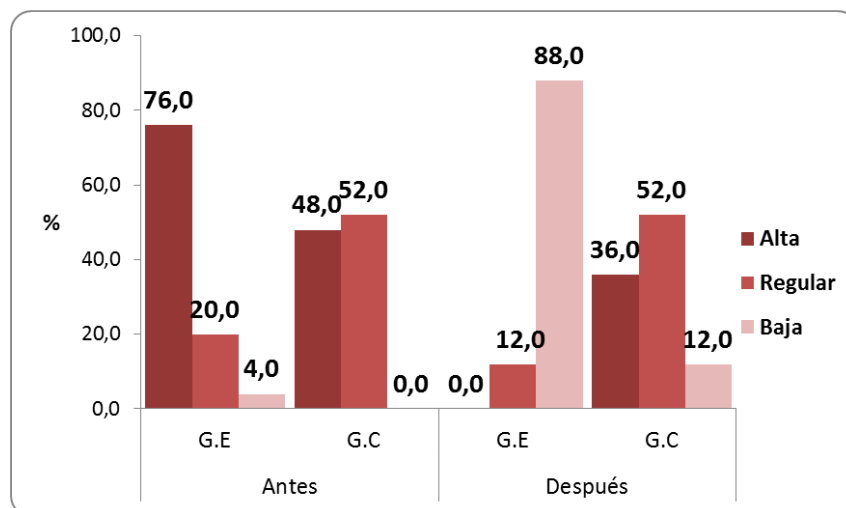


Gráfico 10. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según impacto de la enfermedad y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Con respecto a la calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de impacto de la enfermedad alta (Grupo experimental 76,0%; Grupo control 48,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de impacto de la enfermedad baja fue mayor en el grupo experimental (88,0%) respecto al grupo control (12,0%).

Tabla 11. Calidad de vida en la dimensión preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	23	92,0	1	4,0
Regular	1	4,0	5	20,0
Baja	1	4,0	19	76,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	19	76,0	15	60,0
Regular	6	24,0	10	40,0
Baja	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

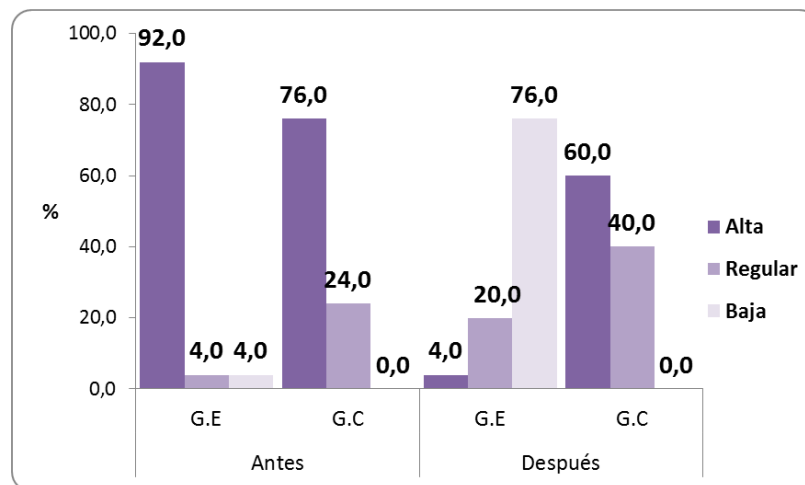


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Concerniente a la calidad de vida en la dimensión preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales alta (Grupo experimental 92,0%; Grupo control 76,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales baja fue mayor en el grupo experimental (76,0%) respecto al grupo control (0,0%).

Tabla 12. Calidad de vida en la dimensión estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Estado de salud	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	1	4,0	23	92,0
Regular	10	40,0	2	8,0
Baja	14	56,0	0	0,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	2	8,0	6	24,0
Regular	13	52,0	4	16,0
Baja	10	40,0	15	60,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

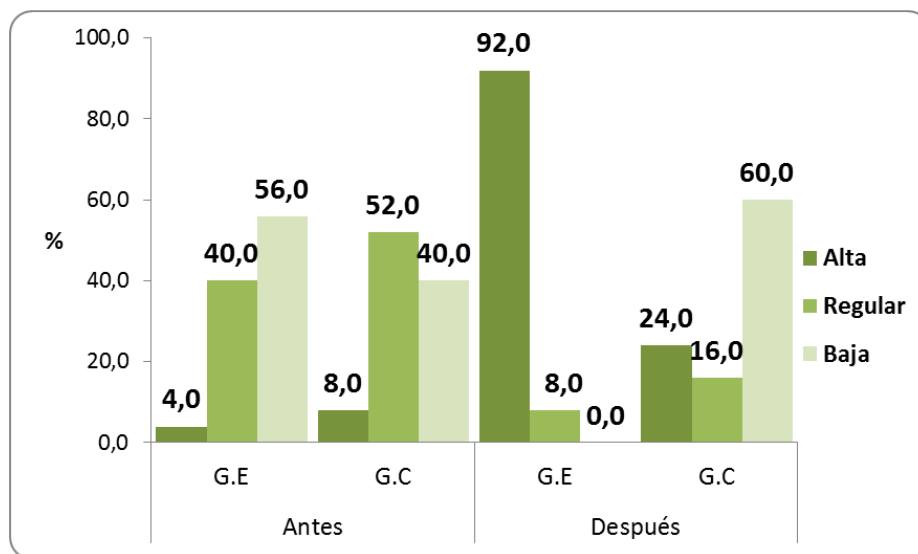


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según estado de salud y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Referente a la calidad de vida en la dimensión estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de estado de salud baja (Grupo experimental 56,0%; Grupo control 40,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de estado de salud alta fue mayor en el grupo experimental (92,0%) respecto al grupo control (24,0%).

Tabla 13. Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por momentos y según grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Calidad de vida	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=25)				
Alta	0	0,0	22	88,0
Regular	3	12,0	3	12,0
Baja	22	88,0	0	0,0
Grupo Control (n=25)				
Alta	0	0,0	1	4,0
Regular	5	20,0	11	44,0
Baja	20	80,0	13	52,0

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

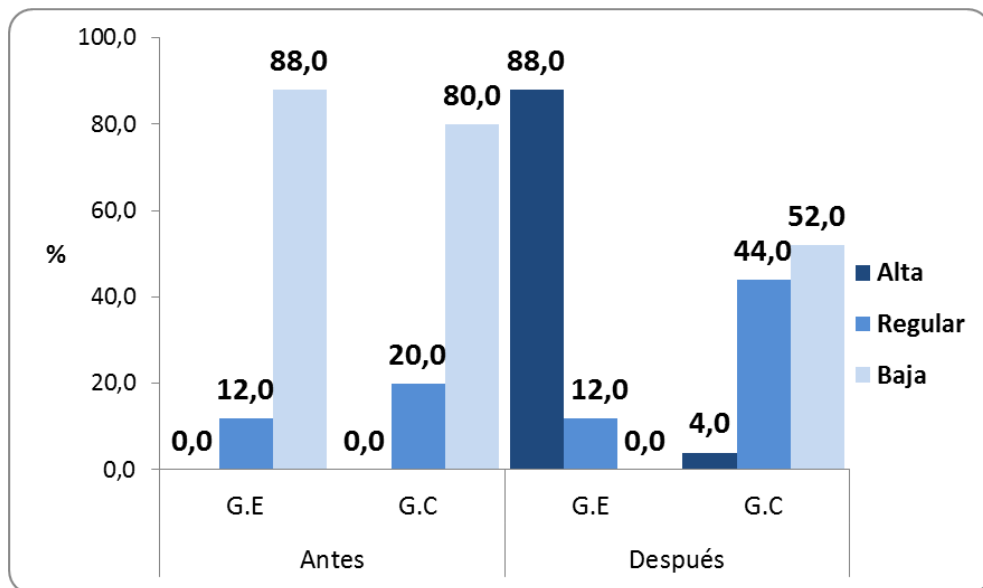


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo II según calidad de vida y por grupos y momentos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En general, respecto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, antes de la intervención existió un gran porcentaje de calidad de vida baja (Grupo experimental 88,0%; Grupo control 80,0%). Sin embargo, después de la intervención de un programa educativo, el porcentaje de calidad de vida alta fue mayor en el grupo experimental (88,0%) respecto al grupo control (4,0%).

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 14. Medición basal de las variables y dimensiones en estudio de los pacientes con diabetes mellitus tipo II por grupos de estudio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Variable/dimensiones	Grupo Experimental (n=20)		Grupo Control (n=20)		Prueba T Student	Significancia
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Autoeficacia	14,4	6,3	15,0	6,9	-0,32	0,750
Calidad de vida	87,1	21,2	91,2	20,4	-0,71	0,483
Satisfacción con el tratamiento	27,6	8,0	28,6	7,9	-0,48	0,632
Impacto de la enfermedad	40,9	12,2	42,6	12,4	-0,49	0,624
Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales	17,2	7,3	18,3	7,0	-0,57	0,569
Estado de salud	1,5	0,6	1,7	0,6	-1,17	0,250

Fuente: Anexo 01 y 02.

En la fase antes de la intervención, al comparar las medias en ambos grupos (experimental y control), la prueba t Student para muestras independientes no arrojó diferencias significativas ($P > 0,05$); con lo que se probó la homogeneidad inicial entre los grupos tanto para la variable autoeficacia y la variable calidad de vida y sus dimensiones de satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales y estado de salud.

Tabla 15. Comparación de autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	36,72	4,38	15,80	0,000
Grupo Control	25	14,76	5,40		

Fuente: Escala de autoeficacia (Anexo 01).

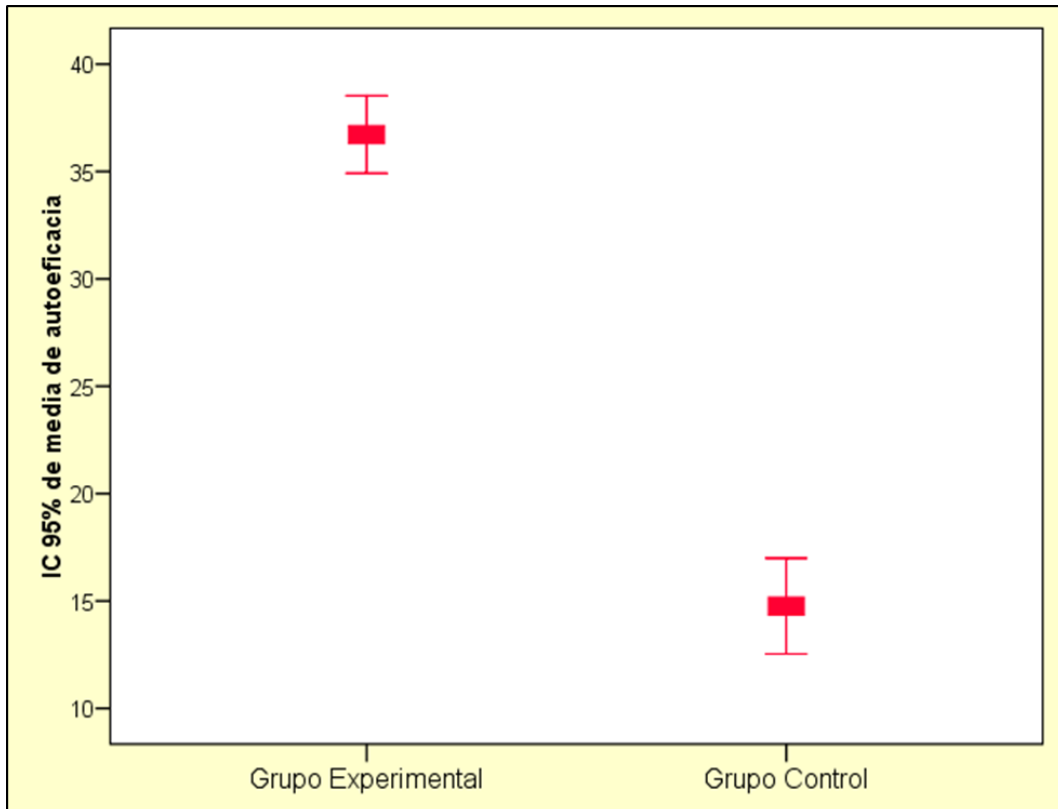


Gráfico 14. Media de autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

En cuanto a la autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 36,72 y del grupo control de 14,76; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron mejores puntuaciones de autoeficacia que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo desarrolla autoeficacia, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 16. Comparación de la calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	65,72	9,28	9,67	0,000
Grupo Control	25	33,48	13,84		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

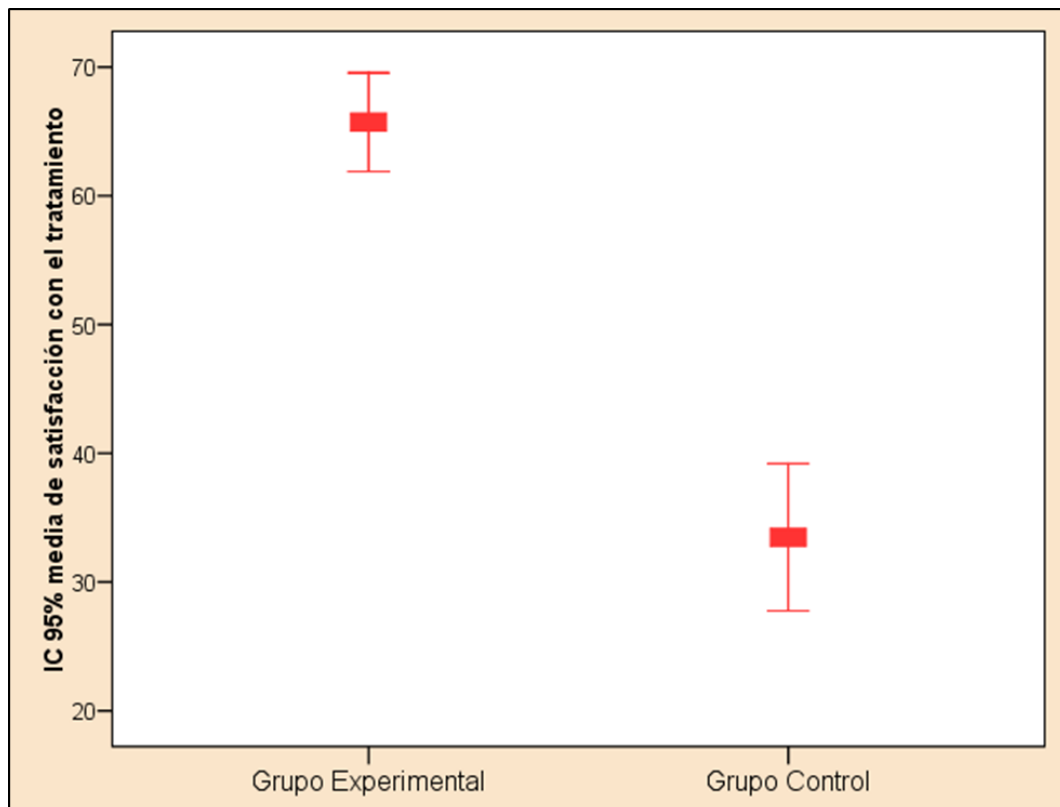


Gráfico 15. Media de satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Respecto a la calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 65,72 y del grupo control de 33,48; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron mejores puntuaciones de satisfacción con el tratamiento que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó

la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo desarrolla satisfacción con el tratamiento, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 17. Comparación de la calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	49,36	16,84	-9,62	0,000
Grupo Control	25	88,56	11,46		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

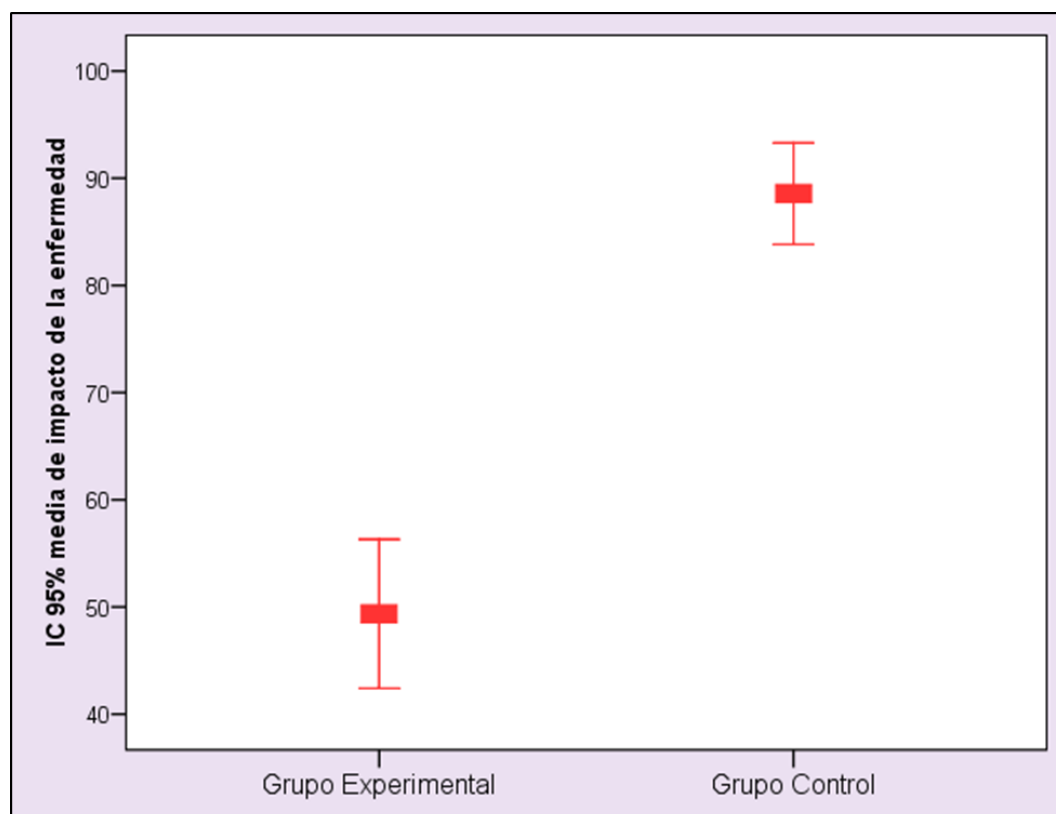


Gráfico 16. Media de impacto de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Con respecto a la calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 49,36 y del grupo control de 88,56; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron menores puntuaciones de impacto de la enfermedad que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo disminuye el impacto de la enfermedad, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 18. Comparación de la calidad de vida en la dimensión preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención.
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	20,40	7,98	-10,85	0,000
Grupo Control	25	47,88	9,83		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

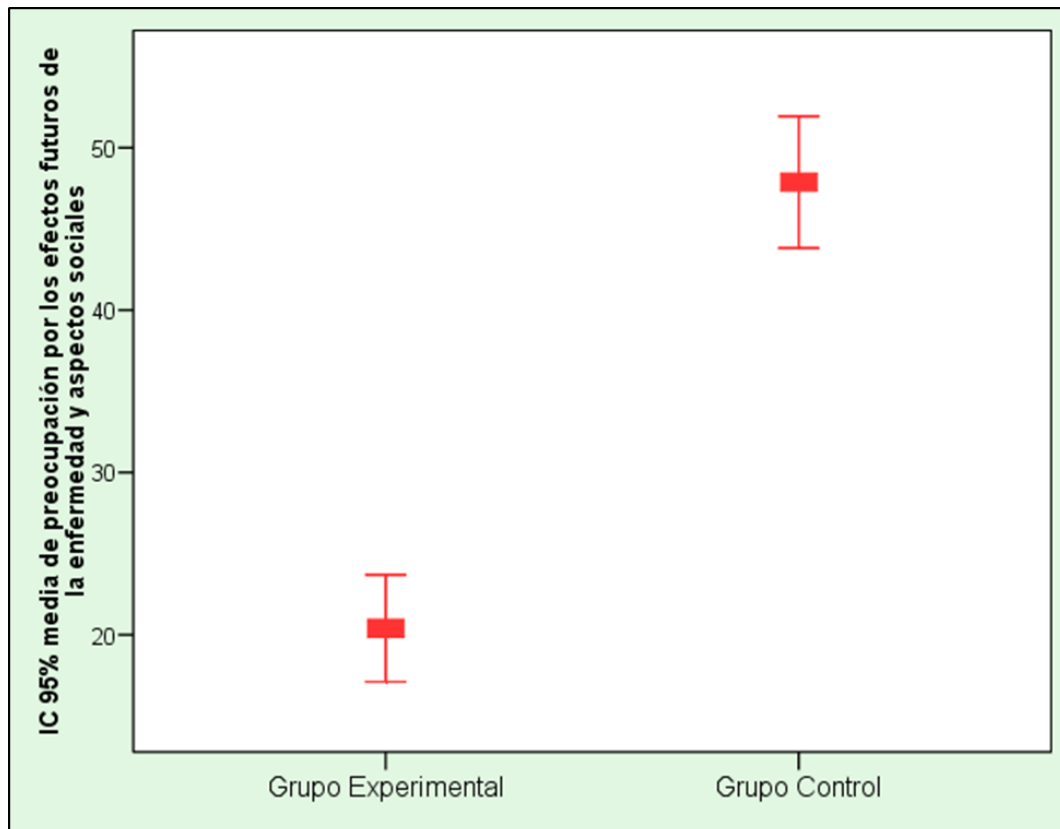


Gráfico 17. Media de preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Referente a la calidad de vida en la dimensión preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 20,40 y del grupo control de 47,88; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron menores puntuaciones de preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo disminuye la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 19. Comparación de la calidad de vida en la dimensión estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	3,00	0,41	7,14	0,000
Grupo Control	25	1,64	0,86		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

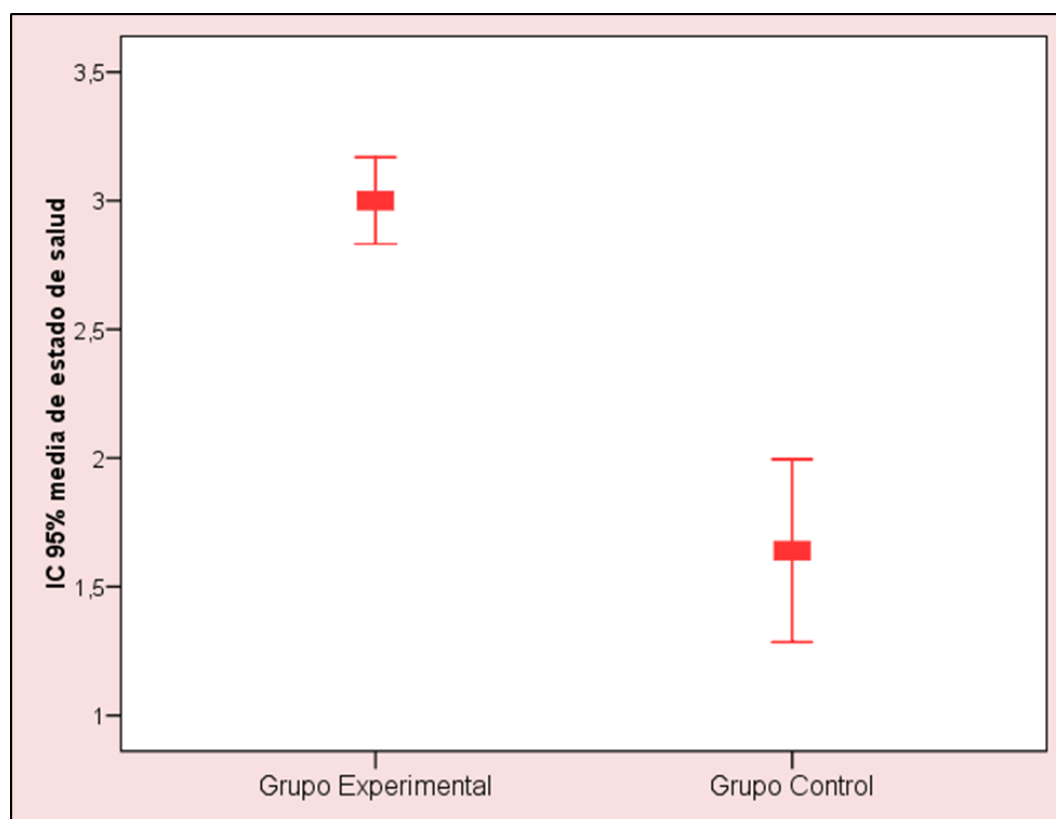


Gráfico 18. Media de estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Concerniente a la calidad de vida en la dimensión estado de salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 3,0 y del grupo control de 1,64; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron mejores puntuaciones de estado de salud que los del grupo control. Para

comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo desarrolla estado de salud, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 20. Comparación de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Grupo de estudio	N°	Media	Desviación estándar	Prueba T Student	Significancia
Grupo Experimental	25	205,16	28,30	12,58	0,000
Grupo Control	25	104,88	28,08		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida (Anexo 02).

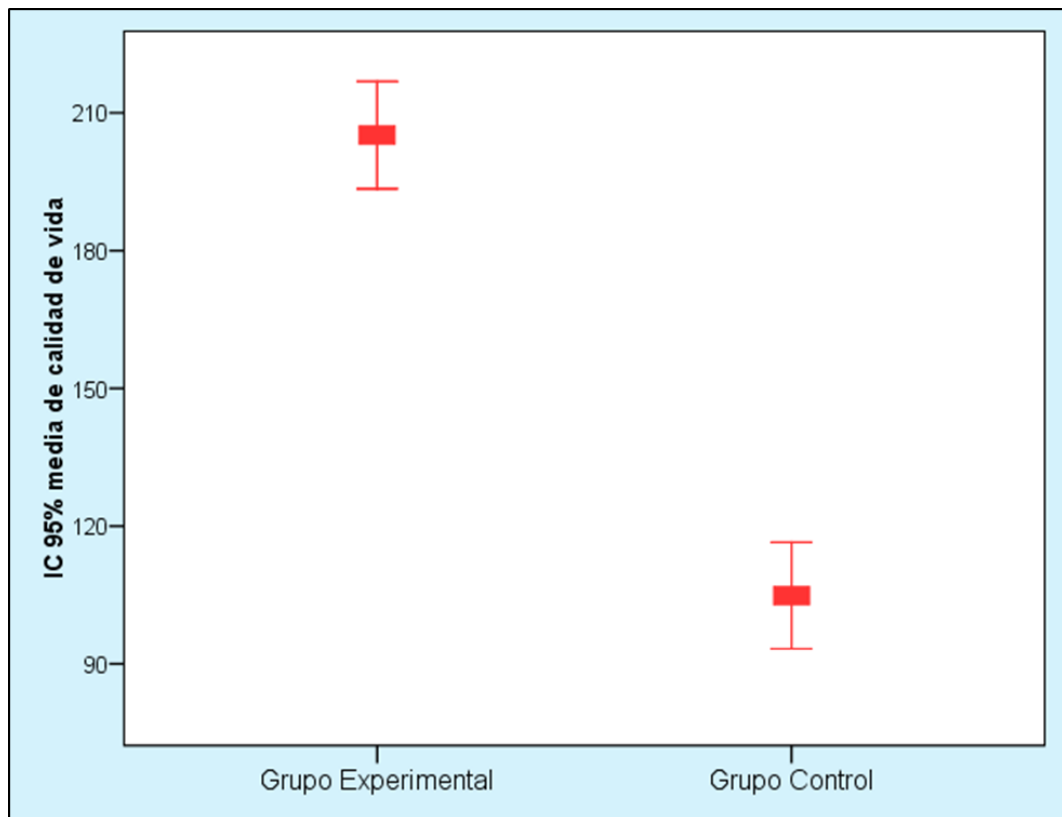


Gráfico 19. Media de calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II según grupos de estudio, después de la intervención. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017

Y, en cuanto a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en estudio, encontramos que después de la intervención la media del grupo experimental fue de 205,16 y del grupo control de 104,88; fue evidente que los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental lograron mejores puntuaciones de calidad de vida que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T de Student de independencia reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que la intervención de un programa educativo desarrolla calidad de vida, respecto al grupo que no recibió la intervención.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. DISCUSION DE RESULTADOS.

La educación terapéutica ha sido conceptualizada por la OMS (1998), como la educación para formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas con enfermedades no transmisibles (ENT), para que participen activamente en su tratamiento y puedan afrontar las limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria. Esta educación entra en juego cuando la enfermedad ya está diagnosticada, su seguimiento a lo largo del tiempo es un requerimiento indispensable y su propósito final se dirige a disminuir las crisis agudas y a evitar las complicaciones (75).

La educación diabética coloca a la persona con diabetes como protagonista de una intervención permanente que implica comunicarse con un equipo de atención diabética (allá en donde esto sea posible) y coordinar un plan de tratamiento. Los beneficios de la educación se amplían a toda la sociedad, ya que cuando las personas consiguen controlar su afección eficazmente, mejorar su salud y bienestar generales y, por lo tanto, reducir el riesgo de complicaciones también se reduce el gasto sanitario (76).

En nuestra investigación se demostró que el programa educativo desarrolla la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Referente a la autoeficacia, los pacientes con diabetes mellitus tipo II del grupo experimental han aumentado sus puntuaciones de una manera significativa en la fase post-test con respecto al grupo control, con diferencias significativas estadísticamente

($P \leq 0,000$). Asimismo, hubo incremento de la calidad de vida ($P \leq 0,000$) y de sus dimensiones como satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales y estado de salud, todas con diferencias significativas estadísticamente ($P \leq 0,05$).

Estos resultados también son corroborado por Perales, García y Reyes (77) quienes asocian la alta autoeficacia con un mayor bienestar en el paciente, un aumento de sus capacidades y habilidades para afrontar las distintas situaciones de la vida. Estas condiciones favorecen el aumento de las posibilidades de un adecuado seguimiento del tratamiento y adherencia al mismo.

Pérez, Alonso, García, Garrote, González y Morales (78) señalan que la educación de las personas con Diabetes Mellitus, en la atención primaria de salud, está bien justificada y valorada cuando se cuenta con las competencias que exige el cuidar y enseñar a cuidarse y la comprensión de que solo aquel que aprenda a cuidarse podrá alcanzar una buena calidad de vida. Si el fin último de la educación en diabetes es que la persona pueda controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida, aquella debe conocer la importancia de mantener cifras normales de glicemia, siendo necesaria la comprensión, motivación y destreza práctica para su autocuidado.

Luchetti, Zanetti, Santos, Martins, Sousa y Teixeira (79) mencionan que dentro de los estudios que muestran la importancia del conocimiento sobre la diabetes en las personas con la enfermedad, particularmente uno evalúa, además de los conocimientos, la actitud para afrontar la enfermedad. Dicho estudio señala que no siempre los conocimientos logran cambios de comportamiento, dado que los profesionales de la salud, muchas veces no toman en cuenta lo que la persona con diabetes dice, siente o hace. De esta manera se evidencia la necesidad de reforzar el cuestionamiento sobre las creencias de las personas y las actitudes facilitadoras

para el cambio de comportamientos. Para ellos se debe valorar el soporte que reciben los pacientes, por parte de amigos, pares o vecinos; y aumentar la sensibilidad para detectar molestias ocultas y tomar decisiones compartidas, elemento indispensable en el mantenimiento de actitudes positivas para el afrontamiento.

En Chile, con la consideración del Modelo de Creencias en Salud, en un grupo de personas con DM2, atendidas por consulta externa, se señala que mientras más beneficios se atribuyen al tratamiento, se asegura el control y mientras menos barreras se perciben para asegurar el tratamiento, mayor es la probabilidad de tener un control metabólico adecuado. Las personas del estudio eran adultos menores de 75 años, en su mayoría mujeres y amas de casa, con edad media de 61 años, y con bajos niveles educativos. En el estudio se relaciona control metabólico, compensado o no (de acuerdo al reporte de HbA1c), con variables propias del tratamiento; tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento y estado nutricional, y con variables psicosociales basadas en el Modelo referido (susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios atribuidos al tratamiento médico y barreras para enfrentar la enfermedad). El estudio valora las contribuciones de los valores subjetivos para diseñar estrategias y tratamientos más integrales (80).

Piatt, Orchard, Emerson, et al (81) informa que la educación diabética, además de mejorar los resultados clínicos, puede llegar a generar cambios permanentes en la práctica. Un estudio que llevó a un educador diabético a una clínica sanitaria rural reveló que, como resultado de la educación diabética, se produjo un notable aumento de las visitas para realizar exámenes oculares, de HbA1c, análisis de lípidos y orina y revisiones del pie con monofilamento, a la vez que se detectó una mejora de los resultados clínicos medidos mediante la HbA1c.

Finalmente, Peeples, Koshinsky y McWilliams (82) concluyen que integrada en un enfoque de atención crónica, la educación diabética es una intervención eficaz que ayuda a las personas al moverse entre el sistema sanitario, su comunidad y su lugar de trabajo, a tratar con las complejidades que implica su plan de tratamiento terapéutico a la vez que mantienen la conducta de autocuidado necesaria para un autocontrol eficaz. Una educación diabética que también trate las complicaciones presentes o posibles y las comorbilidades generará, en última instancia, mejores resultados. La intervención educativa, por lo tanto, puede ser tan importante y eficaz como la intervención farmacológica y debería utilizarse unida a todas las opciones terapéuticas.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Después del programa educativo, el porcentaje de autoeficacia alta fue mayor en el grupo experimental (92,0%) respecto al grupo control (4,0%).
- También, después del programa educativo, la calidad de vida alta fue mayor en el grupo experimental (88,0%) respecto al grupo control (4,0%).
- Por otro lado, después de la intervención del programa educativo, se logró puntuaciones promedios mayores de autoeficacia en el grupo experimental (36,72±4,38) respecto al grupo control (14,76±5,40), con diferencias significativas estadísticamente ($P \leq 0,000$).
- Igualmente, después de la intervención del programa educativo, se logró puntuaciones promedios mayores de calidad de vida en el grupo experimental (205,16±28,30) respecto al grupo control (104,88±28,08), con diferencias significativas estadísticamente ($P \leq 0,000$).
- Y, después de la intervención del programa educativo, se halló diferencias significativas entre los dos grupos en las dimensiones de la calidad de vida de satisfacción con el tratamiento ($P \leq 0,000$), impacto de la enfermedad ($P \leq 0,000$), preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales ($P \leq 0,000$) y estado de salud ($P \leq 0,000$).

SUGERENCIAS

Se recomiendan:

- La atención del paciente con diabetes mellitus debe ser multidisciplinaria y que aquellos que lo atiendan tengan una capacitación especial sobre este padecimiento.
- Es muy importante concientizar al paciente y al personal de salud involucrado que se debe llevar controles mensuales, trimestrales y anuales de los diferentes indicadores para disminuir riesgo de complicaciones micro y macrovasculares.
- Consideramos imprescindible acompañar a las informaciones dadas en la consulta, el uso de folletos, guías, libros u otras informaciones escritas adaptadas al nivel e intereses de cada persona que las reciba y que permita mejorar la comprensión y recuerdo de las recomendaciones brindadas para el manejo y control de la enfermedad.
- Se debe incluir a la familia en los planes de información/educación sobre la autoeficacia y calidad de vida de la diabetes mellitus.
- Es necesario realizar este tipo de intervenciones educativas en la comunidad con el fin de informar a las personas acerca de temas de salud actuales, para que por ellos empiece el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández RF, Aponte L. Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería. ORINOQUIA - Universidad de los Llanos - Villavicencio, Meta, Colombia 2014;18(2):78-92.
2. Vásquez RM. Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México, D.F. Gac Med Mex 1993;129(3):191-199.
3. Alleyne Sir G. La diabetes una declaración para las Américas. Sanitaria Panamericana. 2006;121(5):461-6.
4. López G, Sanzana M, Durruty P, Sanhueza M, Flores F, Alvo M, et al. Estudio del control metabólico en pacientes diabéticos en hemodiálisis crónica: hemoglobina glicosilada, fructosamina y glicemias capilares. Rev Chilena Endocrinol. Diabetes. 2013;6(2):50-4.
5. De los Ríos J, Barrios P, Ávila T. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Medica Hospital General de México. 2005;68(3):142-54.
6. Olaz F, Pérez E. Creencias de autoeficacia: Líneas de investigación y desarrollo de escalas. 2012;1(1):157-70.
7. Medina J. Ciencia y disciplina de enfermería. México: Interamericana; 2001.
8. Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3a ed. s. l.: Universidad de Colorado; 1999.
9. Pérez E, Pérez MC, Hernández A, Guerrero MT, López L, Hernández A. Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(3):191-6.

10. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes. 6.aed. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2013 [internet]. [Consultado Ene 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1BqjvXy2>
11. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex. 2013;55 Supl 2:S129-36.
12. Anuario de mortalidad 2012. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Dirección General de Epidemiología y Dirección de Información Social y Estadísticas; 2014.
13. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud Colombia 2002. 2002.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Mayo 2014.
15. Instituto Nacional de Salud, MINSA. Situación nutricional por etapas de vida. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2009-2010). Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), 2011.
16. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, et al. Predecir la obesidad en la edad adulta de la infancia y la obesidad de los padres. N Engl J Med. 1997; 337(13):869-873.
17. Seclén S, Rosas M, Arias A, Huayta E. Prevalence of type 2 diabetes in peru: First-wave prevalence report from PERUDIab, a population-based threewave longitudinal study. In press. 2015.
18. Seclén S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26:3-4.
19. Ministerio de Salud. Libros de atención primaria: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

20. González JO, Oropeza R. Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental* 2016;39(2):99-105.
21. Barceló A, Robles S, White F, Jaude L et al. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(5):328-333.
22. Cervantes MA, García-Talavera NV, Brotons J, Núñez MA et al. Los grupos psicoeducativos ayudan a controlar la diabetes tipo 2 en un entorno de atención primaria. *Nutr Hosp* 2013;28(2):497-505.
23. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2010;(138):729-737.
24. Lin C, Anderson RM, Hagerty BM, Lee B. Experiencia de autogestión de la diabetes: un estudio de grupo focal de pacientes taiwaneses con diabetes tipo 2. *J Nurs Health Chronic Illn* 2007;17(5):34-42.
25. Cabrera CE, Novoa A, Centeno NM. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II. *Salud Pública Mex* 1991;33(2):166-172.
26. Castro G, Rodríguez I, Ramos RM. Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Rev Facultad Ciencias Salud* 2005;2(2):147-150.
27. Gimenes HT, Saraiva V, Franca AT, Souza CR, Zanetti ML, Santos MA. La calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus antes y después de la participación en un programa educativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):348-54.

28. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hoseney GM, Jensen B, et al. Estándares Nacionales para la Educación de la Autogestión de la Diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(1):12-54.
29. Ciryno AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Educación para Autocuidado de la Diabetes Mellitus Tipo 2: desde el cumplimiento hasta el empoderamiento. *Interface Comunicação Saúde Educ*. 2009;13(30):93-106.
30. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. *MEDISAN* 2009;13(1).
31. Guerrero JM, Parra LR, Mendoza JC. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2016;42(2):193-203.
32. Aljaseem L, Peyrot M, Wissow L, Rubin R. El impacto de las barreras y la autoeficacia en los comportamientos de autocuidado en la diabetes tipo 2. *Diabetes Educator*, 2001;27(3):393-404.
33. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp B. La red de variables psicológicas en pacientes con diabetes y su importancia para la calidad de vida y el control metabólico. *Diabetes Care*, 2002;25(1):35-42.
34. Lorig K, Ritter P, Jacquez A. Resultados de la salud fronteriza Programas de autogestión de enfermedades crónicas. *The Diabetes Educator*, 2005;31(3):401-409.
35. Bartfield J, Ojehomon N, Huskey K, Davis R, Wee C. Preferencias y autoeficacia para la modificación de la dieta entre los pacientes de atención primaria. *Obesity*, 2010;18(2):430-432.
36. Annesi J, Unruh J, Marti C, Gorjala S, Tennant G. Efectos de la intervención del entrenador en la adherencia al ejercicio en mujeres obesas: evaluación de la

- mediación de los factores de la teoría cognitiva social. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2011;82(1):99-108.
37. Pérez E, Pérez MC, Hernández A, Guerrero MT, López L, Hernández A. Op. Cit. P. 191.
38. González JO, Oropeza R. Op. Cit. P. 99.
39. Guerrero JM, Parra LR, Mendoza JC. Op. Cit. P. 193.
40. Casanova MC, Navarro DA, Bayarre HD, Sanabria G, Trasancos M, Moreno M. Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. *Rev. Arch Med Camagüey* 2016;20(4):394-402.
41. Gimenes HT, Saraiva V, Franca AT, Souza CR, Zanetti ML, Santos MA. Op. Cit. P. 350.
42. Romero C. Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2015.
43. Cárdenas LN, Laiza JS. Intervención educativa farmacéutica para la prevención de diabetes mellitus tipo 2. Centro Poblado Ramón Castilla – Huanchaco - Trujillo. [Tesis de licenciatura]. Trujillo – Perú: Universidad Nacional De Trujillo; 2012.
44. Calderón J, Solís J, Castillo O, Cornejo P, Figueroa V, Paredes J, et. al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna* 2003;16(1):17-25.
45. Bandura A. Autoeficacia: Hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento. *Psychological Review*, 1977;84(2):191–215.
46. Canales S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicol Salud*. 2014;24(2):167-73.

47. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. La escala general de autoeficacia: Estudios de validación multicultural. *The Journal of Psychology*, 2005;139(5):439-457.
48. Forsyth AD, Carey MP. Medir la autoeficacia en el contexto de la reducción del riesgo de VIH: Desafíos y recomendaciones de la investigación. *Health Psychology*, 1998;17(6):559-568.
49. Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E, Hecht J. Autoeficacia y comportamiento de la salud entre adultos mayores. *Journal of Health and Social Behavior*, 1993;34(2):89–104.
50. Suárez PS, García AMP, Moreno JB. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 2000;12(Suplemento):509–513.
51. Bandura A. Mecanismo de autoeficacia en la agencia humana. *American Psychologist*, 1982;37(2):122–147.
52. Levy L, Anderson L. La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida. Editorial. *El Manual Moderno México 1980*: 7.
53. Celia DF, Tulskey DS. Medir la calidad de vida hoy: aspectos metodológicos. *Oncology* 1990; 4: 29-38.
54. Borthwick-Duffy SA. Calidad de vida y calidad de la atención en retraso mental. In: Rowitz L (Editor). *Mental retardation in the year 2000* Berlin: Springer-Verlag; 1992: 52-56.
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Foro Mundial de la Salud*. Ginebra; 1996.
56. Borthwick-Duffy SA. Op. Cit. P. 52.
57. Gimenes HT, Saraiva V, Franca AT, Souza CR, Zanetti ML, Santos MA. Op. Cit. P. 348.

58. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *Psychology in Spain*, 1998;2:57-65.
59. Meza S. Calidad de vida en Pacientes Ambulatorios con Diabetes Mellitus tipo 2; 2004.
60. González PA, Martínez VR. Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Endocrinol Nutr* 2007;15(3):165-174.
61. Dueñas-Becerra J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. *Rev Cubana Educ Med Sup.*1999;13(1):92-8.
62. Díaz-Barriga-Arceo F, Hernández-Rojas G. Constructivismo y aprendizaje significativo. En: *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill; 1999.
63. Alonso HP, Alonso GC. Procedimientos de diagnóstico y mejora. En: *Los estilos de aprendizaje*. Bibao:Mensajero; 1994.
64. Salleras-San Martín L. Educación sanitaria. Díaz de Santos. 2005.
65. Salcedo RA, García-de Alba GJ. Programa de atención integral al paciente diabético tipo 2. México: IMSS/CONACYT/UISESS; 2004.
66. Viniegra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (1): 47-59.
67. Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay* 1999;15: 103-109.
68. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería* 2003;IX (2): 9-21.
69. Ibid. P. 18.

70. Torres A, Sanhuesa O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc. enferm.* 2006;12(1).
71. Bandura A. *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca. 1986.
72. Bandura A. *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Biblioteca de Psicología. Bilbao, Spain: Desclée De Bower. 1999.
73. Bandura A. *Autoeficacia: El ejercicio del control*. New York: Freeman. 1997.
74. Bandura A. Modelo de Causalidad en la Teoría del Aprendizaje Social. En Mahoney, M & Freeman, A. comp. *Cognición y Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós. 1983.
75. García R, Suárez R. *La educación terapéutica. Propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del programa cubano de educación en Diabetes*. OPS/OMS. (Documento Oficial No. 325) 17ª. Ed. Washington D.C. 2007.
76. Assal JP, Jacquemet S, Morel Y. El valor añadido de la terapia en la diabetes: La educación de los pacientes para el autocontrol de su enfermedad. *Metabolism* 1997; 12 (Suppl 1): 61- 4.
77. Perales C, García A, Reyes G. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*. 2012;32(5):622-30.
78. Pérez A, Alonso L, García AJ, Garrote I, González S, Morales JM. Intervención educativa en diabéticos Tipo II. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2009;25(4)17-29.
79. Luchetti FF, Zanetti ML, Santos MA, Martins TA, Sousa D, Teixeira CR. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. *Rev. LatinoAm. Enfermagem* 2009; 17(4): 468-473.

80. Quintana AA, Merino JM, Merino RP, Cea JC. Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2. Rev. méd. Chile 2008;136(8):1007-1014.
81. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, et al. Traducir el modelo de atención crónica a la comunidad: resultados de un ensayo controlado aleatorio de una intervención multifaceted del cuidado de la diabetes. Diabetes Care 2006; 4: 811-7.
82. Peeples M, Koshinsky J, McWilliams J. Beneficios de la educación diabética: mejores resultados sanitarios mediante un buen control personal. Diabetesvoice 2007;52.

ANEXOS

Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO 01

ESCALA DE AUTOEFICACIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017.

INSTRUCCIONES: Señor(a), en esta primera parte que corresponde a sus características generales y sobre lo que piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad, sírvase registrar mediante un aspa (X), sus respuestas en los paréntesis correspondientes o llenar los recuadros en blanco.

Gracias por su colaboración.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha?

2. ¿A qué género pertenece usted?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿Cuál es su nivel educativo?

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero ()

Casado/conviviente ()

Divorciado/Separado ()

Viudo ()

5. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado ()

Ama de casa ()

Obrero ()

Jubilado ()

Otro ()

II. ASPECTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD

2.1. ¿Cuántos años de evolución tiene su diabetes mellitus tipo II?

0 a 5 ()

6 a 10 ()

11 a 15 ()

Más de 15 ()

2.2. ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico recibe Ud.?

Sin tratamiento farmacológico ()

Antidiabéticos orales ()

Insulina ()

Antidiabéticos orales + Insulina+ otros tratamientos ()

II. ASPECTOS DE LA AUTOEFICACIA

Instrucciones. En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

1. ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que la fatiga o el cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

2. ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que los malestares debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

3. ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

4. ¿Qué grado de seguridad tiene de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?

Muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy seguro(a)

Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO 02**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017.

INSTRUCCIONES: Señor(a), este cuestionario trata sobre su calidad de vida, en otras palabras, en qué medida le parece que su vida es buena o mala, por favor, sírvase marcar con una (x) la alternativa que crea conveniente.

Gracias por su colaboración

I. ASPECTOS DE LA CALIDAD DE VIDA.

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO					
1. ¿En relación a la cantidad de tiempo que toma para controlar su diabetes cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
2. ¿En relación con la cantidad de tiempo que pasa para hacerse el chequeo de control de la diabetes cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
3. ¿En relación a su tratamiento actual cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
4. ¿Cómo se siente con la flexibilidad que tiene en su dieta?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
5. ¿Cómo se siente con la carga que su diabetes impone en su familia?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
6. ¿Se siente satisfecho con su conocimiento acerca de su diabetes?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()

7. ¿En relación con su sueño cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
8. ¿En relación a sus relaciones sociales y amistades?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
9. ¿Cómo se siente con su vida sexual?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
10. ¿En relación a su trabajo y actividades del hogar cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
11. ¿Cómo se siente en cuanto a la apariencia de su cuerpo?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
12. ¿En relación al tiempo que pasa haciendo ejercicio cómo se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
13. ¿En relación a su tiempo libre como se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()
14. ¿En relación con su vida en general como se siente?	Muy satisfecho ()	Más o menos satisfecho ()	Ninguno ()	Más o menos insatisfecho ()	Muy insatisfecho ()

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD					
1. ¿Ud. Siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
2. ¿Ud. Se siente apenada (o) por tener que tratar su diabetes en público?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
3. ¿Su nivel de azúcar es baja?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
4. ¿Ud. se siente físicamente enfermo?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()

5. ¿Interfiere su diabetes con su vida familiar?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
6. ¿Pasa mala noche (duerme mal)?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
7. ¿Su diabetes limita sus relaciones sociales y Amistades?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
8. ¿Se siente bien consigo mismo?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
9. ¿Se siente restringido por su dieta?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
10. ¿Interfiere su diabetes con su vida sexual?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
11. ¿Siente que su diabetes le impide usar una máquina (por ejemplo, computadora)?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
12. ¿Interfiere su diabetes con su ejercicio?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
13. ¿Falta al trabajo o deberes del hogar debido a su diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
15. ¿Ud. Siente que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
16. ¿Cuenta a otros acerca de su diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
17. ¿Lo (a) molestan porque tiene diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
18. ¿Ud. siente que por su diabetes va al baño más que otros?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()

19. ¿Con que frecuencia se encuentra comiendo algo que no debería en lugar de decirle a alguien que tiene diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()
20. ¿Con qué frecuencia le esconde a los demás el hecho de que está teniendo una reacción a la insulina?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()

PREOCUPACIÓN POR LOS EFECTOS FUTUROS DE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS SOCIALES						
1. ¿Se preocupa si llegará a contraer matrimonio o a convivir con una pareja?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
2. ¿Se preocupa si llegaría a tener hijos?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
3. ¿Se preocupa si no obtendrá el empleo que desea?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
4. ¿Se preocupa si se negará el seguro?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
5. ¿Se preocupa si podrá terminar su educación?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
6. ¿Se preocupa si faltará al trabajo?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
7. ¿Se preocupa si podrá irse de vacaciones o hacer un viaje?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
8. ¿Se preocupa si morirá a causa de su diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
9. ¿Se preocupa diferente debido a su diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()

10. ¿Se preocupa porque tendrá complicaciones de su Diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()
11. ¿Se preocupa si alguien no saldrá con usted porque tiene Diabetes?	Nunca ()	Muy poco ()	Algunas veces ()	Muchas veces ()	Siempre ()	No aplica ()

ESTADO DE SALUD				
1. Comparado con otra gente de su edad diría que su salud es:	Excelente ()	Buena ()	Regular ()	Mala ()

ANEXO 03

**CUESTIONARIO DE VALIZACION PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO
OBJETO DE EVALUACION**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias:

.....
Experto

ANEXO 04**CONSENTIMIENTO INFORMADO****TITULO DE ESTUDIO**

Efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima 2017.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de establecer el efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

METODOLOGÍA

Se aplicará una escala de autoeficacia y un cuestionario para evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

SEGURIDAD

El estudio no pondrá en riesgo su salud física ni psicológica de la madre adolescente y su lactante.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Daniel Alcides Carrión - Lima.

COMPROMISO

Se le pedirá que conteste a las preguntas del cuestionario que se efectuará, así como su participación activa durante el transcurso de la investigación.

TIEMPO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Tomaremos un tiempo aproximado de 45 minutos para la aplicación de la entrevista y cuestionario.

CONFIDENCIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación. Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

Participante:

NOMBRE.....

EDAD.....

D.N.I.....

Firma:

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

ANEXO 05

PROGRAMA EDUCATIVO

JUSTIFICACION

El reciente y vertiginoso aumento del número de personas con diabetes en todo el mundo constituye la mayor epidemia de una enfermedad en la historia del ser humano.

Sin embargo, la mejora del acceso a la educación diabética conduce a reducir y, tarde o temprano, revertir la epidemia mundial de diabetes.

El aprendizaje mediante el descubrimiento se basa en el enfoque constructivista. Cuando las personas practican el descubrimiento por sí mismas, aprenden de un modo que hacen que se pueda disponer de la información y sea más fácil de aplicar a la hora de resolver problemas: “aprender haciendo”. Según un antiguo proverbio chino: dímelo y lo olvidaré; muéstramelo y es posible que lo recuerde; implícame y lo entenderé.

OBJETIVOS

- Lograr que los pacientes con diabetes mellitus tipo II incrementen su autoeficacia hacia el control de su enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES EDUCATIVAS	DURACION	METODOLOGIA
Definición de diabetes mellitus	01 hora	Video conferencia
Definición de diabetes mellitus tipo II	02 hora	Video conferencia
Autocuidado y salud	02 hora	Video conferencia
Autoeficacia	02 hora	Video conferencia
Calidad de vida	02 hora	Video conferencia
Terapia nutricional	02 hora	Taller
Ejercicios físicos	02 hora	Taller
Control de salud	02 hora	Taller
Hábitos nocivos	02 hora	Taller
Estilos de vida saludables	01 hora	Conferencia

Medios de apoyo:

- Pizarrón
- Papelógrafo
- Tríptico
- Radio
- TV

Presupuesto:

Serán financiadas en su totalidad por la investigadora.

Evaluación:

Esta se realizará a través de los aportes grupales y el consenso general.