

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS. CENTRO DE SALUD, ZUNIL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, AÑO 2017.**

TESIS DE GRADO

FRANCISCA MARTA CHAY XIC
CARNET 16507-08

QUETZALTENANGO, JULIO DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS. CENTRO DE SALUD, ZUNIL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, AÑO 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
FRANCISCA MARTA CHAY XIC

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUETZALTENANGO, JULIO DE 2017
CAMPUS DE QUETZALTENANGO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. JUAN ARTURO CASTILLO LARA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. ADELMA LUCRECIA DE LEON REYES DE CASTILLO

LIC. ANABELLA CRISTINA MOLINA CHOXÓM DE CAJAS

LIC. MARÍA ENCARNACIÓN JUÁREZ GONZÁLEZ

AUTORIDADES DEL CAMPUS DE QUETZALTENANGO

DIRECTOR DE CAMPUS:	P. MYNOR RODOLFO PINTO SOLIS, S.J.
SUBDIRECTORA ACADÉMICA:	MGTR. NIVIA DEL ROSARIO CALDERÓN
SUBDIRECTORA DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	MGTR. MAGALY MARIA SAENZ GUTIERREZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO:	MGTR. ALBERTO AXT RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN GENERAL:	MGTR. CÉSAR RICARDO BARRERA LÓPEZ

Quetzaltenango 09 de mayo de 2017

Licenciado.
Juan Arturo Castillo Lara
Coordinador de las Carreras de Enfermería
Universidad Rafael Landívar.

Estimado licenciado:

A través de la presente le extiendo un afectuoso saludo, por este medio informo que asesore el curso de Tesis II a la estudiante: FRANCISCA MARTA CHAY XIC con carné No. 1650708. Con la tesis titulada: **EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. EN EL MUNICIPIO DE ZUNIL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. ENERO, JULIO DE 2016.**

Luego de hacer las observaciones y correcciones pertinentes extendiendo la presente como constancia de aprobación y consentimiento para los trámites que correspondan. Se extiende la presente como constancia de que esta satisfactoriamente aprobada.

Agradeciendo el favor de su atención.

Atentamente.

Lic. Juan Arturo Castillo Lara.





Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante FRANCISCA MARTA CHAY XIC, Carnet 16507-08 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, del Campus de Quetzaltenango, que consta en el Acta No. 09381-2017 de fecha 15 de junio de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. CENTRO DE SALUD, ZUNIL, QUETZALTENANGO, GUATEMALA, AÑO 2017.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de julio del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

- A Dios:** Por regalarme la vida, sabiduría, inteligencia, bendición y la oportunidad de poder culminar una etapa de la vida y lograr una meta que anhele y hoy día la estoy logrando.
- A mis Padres:** A mi padre Juan Enrique Chay, y María Xic Chay gracias por darme la vida y el apoyo incondicional, por enseñarme a ser una persona luchadora capaz de alcanzar las metas trazadas en mi vida, por su comprensión, cariño y todo su amor.
- A mis Hermanas:** Gracias por su cariño y apoyo en los momentos más difíciles, sin ustedes este logro no hubiese conseguido un agradecimiento especial.
- A Mis Hermanos:** Justo y Diego gracias por su apoyo y cariño.
- A mi Asesor:** Licenciado Juan Arturo Castillo Lara, por sus sabios consejos y conocimientos transmitidos, los cuales me permitieron finalizar esta tesis, gracias por la paciencia.
- A la Universidad:** Rafael Landívar por ser la casa de estudios, que me permitió formarme como profesional, no solo académicamente, sino en valores y principios éticos que cada día me ayuda a servir a los demás. En especial la facultad ciencias de la salud.
- A la Dra. Gaudy Lopez:** Coordinadora del centro de salud del municipio de Zunil, Quetzaltenango, por haber permitido llevar a cabo la investigación.

Dedicatoria

- A Dios:** Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.
- A mis Padres:** Quien con sus consejos han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional por su cariño amor y apoyo incondicional, por inculcarme en valores.
- A mis Hermanas:** por estar siempre a mi lado y ser ellos la motivación que me ayudan a seguir adelante y luchar por mis metas y propósitos, por todo su cariño y amistad.
- A mis Hermanos:** con cariño y respeto por su apoyo.
- A mi Novio:** Durante el transcurso de esta profesión académica demostró su apoyo incondicional, amor y paciencia.
- A mi Familia en General:** Que siempre creyó en mí y gracias por ser la motivación para seguir adelante en mi profesión.

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. ANTECEDENTES.....	4
IV. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1 Diabetes mellitus.....	10
4.1.2 Clasificación de la diabetes.....	10
4.1.3 Síntomas de la diabetes.....	12
4.1.4 Complicaciones.....	12
4.1.5 Tratamiento.....	13
4.1.6 Factores de riesgo de diabetes mellitus.....	14
4.2 Factores que inciden en la calidad de vida.....	16
4.2.1 Calidad de Vida.....	16
4.2.2 Factores físicos.....	17
4.2.3 Factores Psicológicos.....	19
4.2.4 Factores Sociales.....	21
4.2.5 Factor Espiritual.....	22
4.2.6 Factor Económico.....	23
4.5 Modelo del Auto Cuidado de Dorotea Orem.....	24
4.5.1 Autocuidado.....	24
4.5.2 La persona.....	24
4.5.4 El entorno.....	25
4.5.5 La Enfermería.....	25
4.6 Contextualización geográfica del estudio.....	25
4.6.1 Zunil.....	25
V. OBJETIVOS.....	26
VI. JUSTIFICACIÓN.....	27
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	30

IX	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	32
X.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	34
XI.	CONCLUSIONES.....	49
XII.	RECOMENDACIONES.....	50
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	51
XIV.	ANEXO.....	57

Resumen

Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus. Centro de salud, zunil, Quetzaltenango, Guatemala. Enero, julio 2016. Fue un estudio descriptivo cuantitativo, de corte transversal, en donde participaron 58 pacientes, se utilizó una encuesta con preguntas cerradas y abiertas la cual fue contestada en modalidad auto administrada y administrada,, de acuerdo a las necesidades de los sujetos de estudio, en el análisis se elaboraron cuadros y gráficos estadísticas en el que se llegaron a las siguientes conclusión, Entre las características sociodemográficas de los pacientes encuestados con diabetes mellitus, están: La edad oscila entre 41 y 80 años, son mujeres, residentes en la cabecera municipal de Zunil, no cuentan con ninguna escolaridad, son casadas, hablan el idioma materno, (k'iche') profesan la religión católica, son amas de casa, fueron diagnosticados con la enfermedad entre 5 a 10 años. En relación a los factores que favorecen la calidad de vida están: Los usuarios que realizan ejercicio lo hacen en un intervalo de 30 a 60 minutos, duermen entre 6 a 8 horas, utilizan pastillas para controlar la diabetes, algunos reciben apoyo de su familia en la compra de su medicamento, sus familiares los acompañan para sus controles médicos. Los factores que afecta la calidad de vida son: No cumplen con la dieta lo cual ha provocado que presenten episodios de hiperglucemia, no realizan ejercicios, no llevan control de su peso, nunca cumplen con su medicamento, no tienen control de glucemia, su ingreso económico no les permite cumplir con su tratamiento.

I. INTRODUCCIÓN

La organización Disease Control Priorities Project (DCPP), 2006, alerta que los países en desarrollo están experimentando un cambio dramático en las causas de enfermedad y muerte; siendo la nueva amenaza las enfermedades no transmisibles. El aumento de éstas se debe a los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida, agregándose rápidamente a la carga de morbilidad mundial. Una de ellas es la diabetes tipo 2, también llamada no insulino dependiente, que representa el 90% de los casos mundiales, y entre cuyas principales causas de aparición están: la obesidad, la mala alimentación y el estilo de vida sedentario. Esto hace que, aunque la enfermedad no sea reversible, el cumplimiento del tratamiento sea importante. El paciente diabético debe cumplir con tratamiento farmacológico, dieta y ejercicios físicos para que su vida cotidiana no se vea afectada, y su salud no se deteriore. (1)

En Guatemala, el índice de prevalencia de la diabetes de 8.4% (entre 118 y 120 mil personas), y los datos estadísticos en poder de las autoridades de salud indican que de ese total un 56 % corresponde a hombres y 39% a mujeres, es decir que la diabetes afecta a tres de cada cinco varones y dos de cada cinco mujeres guatemaltecos. (2)

Los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de la diabetes mellitus (DM) así como sus complicaciones, son bien conocidas, pero para modificar estos factores se necesita de varios programas de prevención en las unidades de salud, y el empoderamiento de las personas para cambiar el estilo de vida con acciones de promoción en salud a largo y corto plazo. Existen serias limitaciones que impiden la contención efectiva y eficaz, ya que la diabetes al igual que otras enfermedades crónicas es el resultado de estilos de vida no saludables, es decir la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables. (3)

En esta investigación se estudiaron los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes que viven con diabetes mellitus, en el municipio de Zunil,

Quetzaltenango, ya que se ha visto el incremento de casos y complicaciones las cuales son graves, siendo de carácter físico como:

Los problemas renales, cardiovasculares, oftálmicos, desarticulación de miembros. Psicológicos citando: La depresión, temor complicaciones, la no aceptación de la enfermedad. Sociales dentro de ellos: La aceptación de la familia, la asistencia espiritual. Económico: La limitación del empleo, inversión en medicamentos, dieta entre otros.

El objetivo de esta investigación fue, determinar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes que viven con diabetes mellitus que asisten al centro de salud de Zunil Quetzaltenango e identificar las características demográficas.

Fue una investigación de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal los resultados se analizaron a través de cuadros estadísticos y gráficas.

El estudio concluyó que el factor que inciden en la calidad de vida de los pacientes es el físico entre los que se mencionan incumplimiento de la dieta y tratamiento, el sedentarismo, falta de control de glicemia y peso, falta de apoyo familiar. Se recomienda al personal de salud formar un club de pacientes diabéticos para darle seguimiento al protocolo de autocuidado del paciente diabético.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial. En la Declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, y que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud, pero que es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular. (4)

En el distrito de salud del municipio de Zunil llevan registrados 58 pacientes diabéticos en el año 2016, afectando a personas de diferentes edades, es una enfermedad silenciosa, de manera que al manifestarse la sintomatología la enfermedad se ha instalado en la persona desde años anteriores, las complicaciones provocan graves daños a la salud de quien la sufre, existiendo factores de carácter físico, psicológicos, sociales y económicos afectando considerablemente la calidad de vida de las personas que la padecen.

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa, que obliga a la persona que la padece a convivir durante el resto de su vida con ella, por lo que es imprescindible el conocimiento de los factores que inciden en la calidad de vida, para prevenir complicaciones mencionadas anteriormente.

Ante lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus, en el municipio de Zunil departamento de Quetzaltenango?

III. ANTECEDENTES

La investigación titulada: “Calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2” el estudio se realizó en Colombia 2014. Fue un estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal. Su objetivo fue describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención para la recolección de información se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL), por ser un instrumento breve y sencillo que puede ser auto administrado, que permite su aplicación en los consultorios de consulta externa. La muestra estuvo constituida por 287 pacientes de instituciones de salud del primer nivel de atención. El estudio concluye que: La calidad de vida percibida por hombres y mujeres, aunque tiene diferencias mínimas, es muy semejante para los dos sexos. Esto indica la posibilidad de fortalecer las acciones de educación en todos los pacientes, a fin de lograr un compromiso favorable hacia el autocuidado, fomentado por la promoción de estilos saludables y la prevención de factores determinantes para la presencia de complicaciones. (5)

La investigación titulada: “Conocimiento sobre autocuidado presente en los pacientes con diabetes tipo 1” que asisten a la consulta de medicina interna del hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela 2006. La investigación realizada es de tipo descriptivo, diseño no experimental transversal el instrumento fue un cuestionario con 22 ítems de preguntas dicotómicas (SI y NO) la población estuvo constituida por 29 paciente diabéticos que asistieron a los controles por el lapso de un mes, conclusión: Con respecto a la alimentación, los resultados arrojaron que los pacientes que participaron en la investigación cumplen con los hábitos alimenticios recomendados para su condición de paciente diabético; sin embargo existe una tendencia a no cumplir con los horarios de comida y a omitir por ende algunas de ellas. Situación que afecta la práctica del autocuidado y puede traer consecuencias en cuanto a complicaciones de salud. (6)

Investigación titulada: “Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular, Bucaramanga, Colombia” 2010. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, se realizó un cuestionario que consta de 22 preguntas, se determinó una muestra total de 403 pacientes en conclusión: Existe una alta no adherencia al tratamiento en diabetes en la población estudiada, de más del 60%, determinada principalmente por factores clínicos, tales como no uso o mal uso de la terapia farmacológica, dietaría y diabetes de más de 10 años. Sin embargo, otros factores estudiados fueron, como estilo de vida de alto riesgo, asistir a veces acompañado a la consulta, convivir sólo con el cónyuge, estar desempleado, y tener inadecuada percepción de la atención y orientación en el tratamiento. Por lo tanto, si bien el estudio presenta algunas limitaciones, se constituye en un importante referente, para la realización de otros estudios a futuro. (7)

La investigación titulada: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus, Lima Perú” 2010. El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Tuvo como objetivo general determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor y como objetivos específicos identificar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física, social y psicológica. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, se concluye que: La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que, aspectos como la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan la percepción del individuo sobre su calidad de vida, no considerándola buena. Para que esto sea posible es importante que el adulto mayor aprenda a convivir con su enfermedad, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica. (8)

Investigación titulada: “Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México” 2010. Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo, de tipo poblacional. La recolección de los datos se realizó por medio de, fuentes primarias con la aplicación de una encuesta mediante la técnica de entrevista y fuentes secundarias, constituidas por los registros de laboratorio del expediente clínico y la información consignada en la ficha familiar de cada paciente.

Los sujetos de estudio estuvieron constituida por 292 pacientes inscritos en el programa. La población elegible (muestra), al aplicar los criterios de inclusión y de exclusión, fue de 109 pacientes diabéticos tipo 2 seleccionados con la fórmula estadística. El estudio concluye que: El tiempo de evolución de la diabetes y la mayor edad del paciente diabético de la localidad de Tekax, Yucatán, son condicionantes para que el tratamiento no tenga el control esperado. Un bajo grado de escolaridad dificulta la comprensión de la enfermedad y de las indicaciones médicas en este grupo de pacientes. El sobrepeso derivado de la falta de ejercicio y el tipo de alimentación (hipercalórica) de estos pacientes son factores que condicionan el descontrol metabólico. El tiempo dedicado al trabajo cotidiano influye en la posibilidad para realizar ejercicio. El tratamiento observado en la mayor parte de los pacientes en relación con el tiempo de evolución es también condicionante del fracaso observado. La administración incorrecta de los medicamentos para el manejo de la diabetes que condiciona un porcentaje de pacientes en descontrol metabólico está influido por el analfabetismo del paciente y por la capacidad del médico para hacer comprender las indicaciones. La falta de apego del paciente para la realización de ejercicio es condicionante de fracaso metabólico. El apoyo familiar es importante para alcanzar las metas del control metabólico. (9)

Investigación titulada: “Conocimiento de auto cuidado en pacientes diabéticos tipo 2, México”2013. El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El instrumento utilizado en el estudio fue diseñado por Flores Martínez S. en 2006. El tamaño de la muestra fue por conveniencia (no probabilístico), porque se

incluyó en la muestra a los pacientes que acudieron a consulta durante cinco semanas en el horario de consulta de 8:00 a 14:00 hrs. quedando una muestra de 100 pacientes. Referente a este estudio, los resultados obtenidos de los pacientes diabéticos tipo 2 determinan que los pacientes diabéticos tipo 2 no tiene conocimiento de autocuidado lo que conlleva al déficit de su estado de salud contribuyendo a la evolución de complicaciones inherentes a la enfermedad. (10)

Investigación titulada: “Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, México” 2012. Se realizó un estudio cuasi experimental de investigación educativa. Se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se concluye que: La educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que se logra un efecto en la toma de decisiones sobre hábitos y estilos de vida saludables y como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo. Si bien es cierto que el programa institucional desarrollado en los módulos de diabetes de las Clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE cobra mayor fuerza con el tiempo, sólo realizar estudios como éste, en los que se analicen indicadores más reales, permitirá evaluar la verdadera efectividad de este programa. (11)

La investigación titulada: “Calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus México”, se llevó a cabo un estudio de caso, el instrumento que se ocupó fue una historia de caso que es una narración, quien colaboró en este estudio fue un joven diabético. Concluye que: El diagnóstico de diabetes mellitus lleva consigo un pronóstico de una enfermedad irreversible y por lo tanto de un manejo terapéutico integral continuo. Esto demanda diversas acciones y decisiones cotidianas para preservar la salud y evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones que causen invalidez e incluso la muerte. Estas condiciones vinculadas al estado diabético

enfrentan al paciente a la difícil tarea de controlar una enfermedad que requiere la aplicación diaria de insulina o la administración regular de medicación para controlar la enfermedad, así como ajustarse a una dieta y controlar su peso, programar la actividad física, medir sus concentraciones sanguíneas de glucosa, comprender los efectos de no respetar las dietas y de las infecciones en sus cifras de glucemia e identificar, prevenir y tratar con oportunidad la hipoglucemia y la cetosis, por mencionar algunas de las acciones en la vida cotidiana de estas personas. (12)

La investigación titulada: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2010: El tipo de investigación fue cuantitativo, método descriptivo de corte transversal.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario, tomándose en cuenta preguntas breves de calidad de vida –CUBRECAVI (R. Fernández- Ballesteros y D. Zamarrón) y la versión española del cuestionario ESDQOL. La población accesible del estudio estuvo constituida por 90 pacientes hospitalizados de los servicios 6B y 7B, con un tiempo promedio de hospitalización de 9 a 10 días en ambos pabellones. La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencional, la cual estuvo conformada por 50 pacientes. El estudio concluye que: La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan la percepción del individuo sobre su calidad de vida, no considerándola buena. Para que esto sea posible es importante que el adulto mayor aprenda a convivir con su enfermedad, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica. (8)

La investigación titulada: “Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del hospital nacional de Amatitlán”, Guatemala 2011. La presente investigación es de tipo

descriptivo, la población estuvo constituida por 96 pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatlán durante el mes que duró el estudio. La técnica para recolectar la información fue a través de una entrevista individual. El estudio concluye que: Un 81% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años encuestados si cumple con tomar los medicamentos prescritos, lo cual es un factor protector para el paciente ya que el cumplimiento del tratamiento es un aspecto importante para prevenir complicaciones y mantener una adecuada calidad de vida. El 92% no consume alimentos adecuados para una persona diabética y el 86% no realiza ejercicios físicos. El no cumplir con la ingesta de alimentos adecuados y no realizar ejercicios físicos se convierte en una práctica negativa para la salud del paciente diabético. (13)

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un síndrome caracterizado por la presencia de hiperglucemia, asociada a alteraciones concomitantes del metabolismo graso y proteico, y condicionado por factores, genéticos y/o ambientales, que reconoce como causa última un defecto en la secreción y/o la actividad insulínica, y que se acompaña evolutivamente de complicaciones vasculares específicas o microangiopáticas (retinopatía y nefropatía), inespecíficas o macroangiopáticas (aterosclerosis) y neurológicas. (14)

La diabetes mellitus, cuya prevalencia aumenta con la edad y es ligeramente superior en el hombre que en la mujer, es una enfermedad crónica de alta prevalencia. Se trata de una hiperglucemia consecuencia de una secreción insuficiente de insulina, un comportamiento inadecuado de la insulina o las dos causas a la vez. Lo importante para la calidad de vida es que el tratamiento conlleva un cambio en el estilo de vida e incide en el entorno familiar y social del paciente, que debe seguir una dieta, realizar un programa de ejercicio físico y someterse a la administración de fármacos hipoglucemiantes y monitorización de la glucemia. (15)

4. 1.2 Clasificación de la diabetes

a. Diabetes de tipo I

La Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID), agrupa aquellos casos que precisan tratamiento insulínico para evitar la cetosis y conservar la vida. Aparece generalmente antes de los 30 años y es de patogenia autoinmune, confluyendo en su origen factores genéticos (asociación a antígenos del sistema), antígenos leucocitario humano (HLA) y ambientales, y se caracteriza por insulinopenia como consecuencia de lesión de las células B pancreáticas. Puede presentarse a edades posteriores de la vida, manifestándose a veces inicialmente desde el punto de vista clínico como, diabetes mellitus no insulino dependiente, mal controlable con dieta y/o antidiabéticos

orales, y con la presencia asociada de marcadores autoinmunes (autoanticuerpos antiislotes). (14)

b. Diabetes de tipo II

La diabetes de tipo II (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

La diabetes mellitus tipo II está relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula B pancreática. Para vencer la RI, la célula B inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la RI, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula B pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la RI. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados postprandiales, y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de diabetes mellitus II. (16)

c. Diabetes gestacional

Como ocurría en la diabetes mellitus, este tipo de diabetes se produce al disminuir la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Esto se debe a que las hormonas ováricas y placentarias disminuyen la sensibilidad a la insulina, por lo que la madre debe segregar más insulina para mantener los niveles de glucosa adecuados.

La diabetes gestacional la padecen un 2% de las embarazadas generalmente en el tercer trimestre de embarazo, esta situación desaparece tras el parto pero son mujeres que tienen una mayor probabilidad de padecer diabetes en partos sucesivos o a edades más tardías. (17)

4.1.3 Síntomas de la diabetes

- a. Infecciones frecuentes que no se curan fácilmente.
- b. Niveles altos de azúcar en la sangre al examinarlos.
- c. Niveles altos de azúcar en la orina al examinarlos.
- d. Sed poco común.
- e. Orinar frecuentemente.
- f. Hambre extrema pero al mismo tiempo pérdida de peso.
- g. Visión borrosa.
- h. Náusea y vómito.
- i. Cansancio y debilidad extremos.
- j. Irritabilidad y cambios en el estado de ánimo.
- k. Piel reseca, con comezón.
- l. Hormigueo o pérdida de sensibilidad en las manos o en los pies. (18)

4.1.4 Complicaciones

a. Complicaciones oftalmológicas

Las complicaciones oftalmológicas son de alta prevalencia y severidad en el paciente con diabetes. Entre un 20 y 80% las padecen a lo largo de la evolución de la enfermedad. La diabetes es la segunda causa de ceguera en el mundo. Un 10 a 25% del paciente pueden tener retinopatía desde el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus II (19)

b. Complicaciones Renales

Es un trastorno del riñón que aparece como una complicación de la diabetes mellitus y que se caracteriza por proteinuria (presencia de proteínas en la orina) y una disminución progresiva de la función renal, la lesión renal causada por la diabetes suele consistir en el engrosamiento y el endurecimiento (esclerosis) de las estructuras internas del riñón, particularmente el glomérulo. En los glomérulos se filtra la sangre y se forma la orina. A medida que progresa la nefropatía diabética aumenta el número de glomérulos destruidos; el trastorno progresa hasta aparecer la

enfermedad renal terminal que se desarrolla entre los 2 y los 6 años posteriores a la aparición de la insuficiencia renal crónica o de una hipertensión grave. (19)

c. Complicaciones macrovasculares

Las complicaciones macrovasculares manifestadas clínicamente como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular cerebral y la insuficiencia arterial periférica son la principal causa de muerte en el paciente con diabetes. (21)

4.1.5 Tratamiento

El tratamiento de la Diabetes se sustenta en 6 pilares básicos:

- a. Plan de alimentación: Un plan de alimentación va más allá de lo que entiende por una “dieta”. Debe ser un proyecto individualizado a las necesidades de cada persona, sus preferencias y debe contemplar objetivos relacionados con la consecución de un peso óptimo, situación laboral, disponibilidades. Este plan deberá contener una baja cantidad de alimentos que contengan gran cantidad de grasa y azúcar, pues estos ingredientes contribuyen a que la sangre no fluya normalmente en el organismo.
- b. Plan de ejercicio físico: Presenta las mismas características que la alimentación en cuanto a preferencia, objetivos. Lo ideal es alcanzar por lo menos 30 minutos diarios de ejercicio físico activo, preferentemente aeróbico (caminar sostenidamente, natación, bicicleta).
- c. Medicación: Existen múltiples y variadas disposiciones farmacológicas para el tratamiento de la Diabetes Mellitus. Lo importante es que el paciente observe escrupulosamente las normas que su médico especialista le indique tanto en cuanto a dosis y a horario, relación de la medicación con la comida, precauciones con el alcohol, la conducción, etc. La mayor parte de los tratamientos farmacológicos de la Diabetes pueden causar hipoglucemias (bajadas peligrosas de la cifra de glucosa en la sangre que pueden causar desmayos), debiendo el

paciente diabético ser instruido para saber cómo evitarlas y tratarlas si se presentan.

- d. Hábitos generales de higiene: Quizás el principal consejo que todo paciente con Diabetes Mellitus debe recibir es que no fume. El tabaco es un importante factor de riesgo cardiovascular en todos los ciudadanos, pero el aumento del riesgo que origina en los diabéticos es mucho mayor. El desarrollar hábitos que permitan una vida ordenada, con horarios de comidas y de sueño habituales, lo mismo que para el ejercicio físico periódico, sumamente necesario para una vida saludable. Los cuidados e higiene de los pies del diabético y de la piel en general también deben ser considerados, pues en algunos pacientes con diabetes, las heridas no se cicatrizan con facilidad, lo cual puede originar infecciones.
 - e. Plan de autocontrol: Todo paciente diabético debe ser instruido en las técnicas del autocontrol de su enfermedad y en el aprendizaje de las acciones que debe emprender ante las incidencias más comunes; cambios de horario, descompensaciones, hipoglucemias, enfermedades intercurrentes, etc.
 - f. Controles periódicos: Una parte fundamental del tratamiento de la Diabetes Mellitus es la relacionada con los controles periódicos, no sólo en relación de las pruebas analíticas que permitan afirmar o modificar el resto del tratamiento, sino las relacionadas con la detección precoz de complicaciones de la enfermedad.
- (22)

4.1.6 Factores de riesgo de diabetes mellitus

Es ampliamente conocido que la obesidad y el sedentarismo son los principales factores de riesgo de desarrollar DM en personas genéticamente susceptibles. La International Diabetes Federation (IDF), publicó un consenso sobre prevención de la DM y separó los factores de riesgo en no modificables y modificables. Entre los primeros se consideraron los genéticos, la edad a más edad mayor frecuencia de DM y la diabetes gestacional.

Otros factores de riesgo no modificables, y al parecer, de menor influencia, corresponde a niños con bajo peso al nacer (<2,5 kg), considerados con desnutrición fetal, que condiciona insulino resistencia, en la edad adulta y a los grandes para su edad gestacional ($\geq 4,0$ kg), quienes desarrollan frecuentemente obesidad en la adultez y en consecuencia diabetes mellitus. (23)

a. Factores genéticos

Tanto en la diabetes mellitus tipo I y II se han encontrado indicios de que se trata de enfermedades con un componente genético importante. En el caso de la diabetes mellitus hay una tendencia familiar muy clara, se han identificado varios genes vinculados con ella, pero no se puede identificar un patrón mendeliano específico, por lo que se dice que se trata de una herencia poligénica. (24)

b. Historia familiar de diabetes mellitus.

Los antecedentes familiares positivos para diabetes mellitus (DM) están presentes en la mayoría de los pacientes pediátricos independientemente del origen étnico. Los antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares son frecuentes, alcanzando en un estudio al 28% de los pacientes.

c. Sobrepeso y obesidad.

Se ha determinado que la circunferencia abdominal refleja el contenido de grasa visceral (abdominal), por lo que puede ser un mejor indicador que el índice de masa corporal para el riesgo de aparición de diabetes mellitus. Es muy importante destacar que es la distribución de la grasa más que el contenido total lo que contribuye al desarrollo de la diabetes. (25)

d. Sedentarismo.

Es bien conocido que la inactividad física es un factor predictor independiente de diabetes mellitus, tanto en hombres como en mujeres, por lo que sujetos habitualmente activos tienen una menor prevalencia de diabetes. Es recomendable

estimular en la población general el realizar caminatas de, al menos, 30 minutos 3 a 5 veces a la semana. (25)

e. Factores dietéticos.

La alta ingestión de calorías, el bajo consumo de fibra dietética, la sobrecarga de carbohidratos y el predominio de la ingesta de grasas saturadas sobre las poliinsaturadas, pueden predisponer a diabetes mellitus. En el país es muy común el consumo de carbohidratos simples combinados con grasas saturadas, propias de la dieta popular que incluye frecuentemente: frituras, harinas, carnes con alto contenido de grasa, derivados lácteos ricos en colesterol y grasas saturadas, escasa ingestión de fibras, frutas y vegetales. (25)

f. Diabetes mellitus asociada a fármacos

Existe una larga serie de fármacos que pueden provocar diabetes y/o intolerancia glucídica, como: diuréticos (tiazidas), antihipertensivos (diazóxido), hormonas (anticonceptivos orales, corticoides), medicaciones del sistema nervioso central (haloperidol, clorpromazina, difenilhidantoína, levodopa), derivados catecolamínicos, analgésicos (indometacina), antineoplásicos (L-asparaginasa, estreptozotocina), quimioterapéuticos (isoniazida, pentamidina) e hipolipemiantes (ácido nicotínico), entre otros. (14)

4.2 Factores que inciden en la calidad de vida

4.2.1 Calidad de Vida

La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida. (27)

a. Calidad de vida en diabetes

La diabetes puede afectar profundamente la calidad de vida en términos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, auto monitorización y administración de medicamentos.

En diabetes mellitus, las complicaciones parecen afectar la calidad de vida, pero no las acciones que intentan un control intensivo de la glucemia o presión arterial desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar al humor y a la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. (26)

b. Cambios en el estilo de vida.

Cuando es diagnosticada una diabetes mellitus el tratamiento inicial es, generalmente, el dietético y la realización de ejercicio físico. Con estas medidas se consigue una mejoría del control glucémico en la mayoría de los casos en los estadios iniciales de la diabetes mellitus. Sin embargo, con el tiempo suelen empeorar los controles. La mayoría de los enfermos recientemente diagnosticados ven deteriorarse su situación dentro del primer año. La explicación está en el declive de la secreción insulínica a pesar de seguir bien el tratamiento de la dieta y ejercicio. Por estas razones, la mayoría de los pacientes necesitan fármacos hipoglucemiantes no mucho después del diagnóstico.

4.2.2 Factores físicos

a. La alimentación.

Debido a este cambio de estilo de vida de las personas que padecen diabetes es un reto porque implica adopción de nuevas conductas y en las actitudes totalmente asentadas por muchos años de esta manera, la recomendación de la alimentación tiene como objetivo la ingesta calórica más baja a través de esquemas saludables.

b. Ejercicio

El ejercicio es un componente importante en el manejo de la diabetes, de manera que puede ser utilizado para fomentar la salud y la calidad de vida de los pacientes afectados de dicha enfermedad. El ejercicio físico practicado con regularidad es un elemento esencial para el mantenimiento de unas condiciones óptimas de salud sin distinción de edad, sexo o características étnicas. Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio físico o la actividad deportiva practicados con regularidad ejercen un efecto preventivo sobre diversas enfermedades y es hoy una herramienta terapéutica en el tratamiento de las afecciones más prevalentes en los países desarrollados, como la diabetes tipo 2, el síndrome metabólico o las afecciones cardiovasculares. (28)

c. Control de glucosa.

El control de la glucosa o autocontrol en el paciente diabético debe realizarse mínimo una vez por semana para disminuir la ansiedad del paciente debido al desconocimiento de los niveles de glucemia en el organismo.

“Es de gran importancia el control de la glucemia para mantenerla lo más estable posible en los pacientes insulino dependientes, en la diabetes gestacional y en especial en situaciones de alto riesgo de desestabilización como: Cambios en el tratamiento de la diabetes, sean cambios de medicamento o de posología, uso de medicamentos hiperglucemiantes como los corticoides, mal control metabólico, presencia de complicaciones macro o micro vasculares, cambios en el estilo de vida: Horarios o cantidad de alimentos y/o ejercicio, profesiones de alto riesgo: Conductores, trabajo en alturas con riesgo de precipitación, uso de maquinaria peligrosa, intervenciones quirúrgicas, enfermedades intercurrentes: Diarrea, vómitos, infecciones, fiebre, traumatismos y en general en cualquier patología aguda o agudizada”. (13)

d. Control de peso.

La OMS ha establecido que una persona es obesa cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor de 30 kg/m² y tiene sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29.9 kg/m². El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado. Idealmente toda persona con diabetes debería tratar de mantener su IMC en el rango normal (menor de 25 kg/m²). Sin embargo, se puede considerar un IMC menor de 27 kg/m² como una meta intermedia que equivale a tener un sobrepeso menor del 20%.

La circunferencia de la cintura que debe tener una persona con DM: Toda persona con un IMC mayor de 30 kg/m² tiene exceso de grasa visceral y por consiguiente se puede considerar que tiene también obesidad abdominal. Las personas con un IMC inferior y aún en el rango normal, pueden tener exceso de grasa de predominio visceral (obesidad abdominal) que se puede identificar mediante la medición de la circunferencia de la cintura. (29)

4.2.3 Factores Psicológicos

a. Aceptación de la enfermedad

El diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes supone un impacto físico y psicológico en el individuo, que se encuentra obligado a aceptar que su vida cambia de forma inesperada. Sin duda, afecta la autoestima y pone en marcha una serie de mecanismos de defensa ante la angustia. (30)

b. Temor a complicaciones

Cuando una persona recibe la noticia que padece DM se desencadena en ella una serie de reacciones, en ocasiones contradictorias, que varían según la edad, el sexo, las referencias que tenga de la enfermedad, el tipo de DM y la forma de presentación. Pueden manifestarse estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión, por lo que dependiendo de cómo haya transcurrido la etapa previa al momento de la comunicación del diagnóstico, las representaciones del

sujeto y de sus redes de apoyo acerca de su salud, así como la información que manejan sobre la DM, se desarrollará la respuesta inicial y el proceso de afrontamiento más inmediato ante el diagnóstico. (31)

c. Adherencia al tratamiento

Para definir la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas la OMS parte del enfoque conductista y destaca de nuevo la conformidad del paciente y el acuerdo respecto a las recomendaciones de un profesional en salud, que en concreto, implican además del consumo del medicamento. Dicha adherencia se resume como “el grado en el que el comportamiento de la persona, como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. (7)

d. Depresión

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental común que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración. (32)

e. Pacientes con dificultades en la adaptación a la enfermedad.

El paciente diabético cuando por primera vez se le informa sobre el diagnóstico se niega a aceptar la enfermedad, surgen actitudes negativas principalmente porque se tiene la idea y temor de no ser una persona útil dentro de la sociedad debido a la dependencia de medicamentos y alimentación, siendo motivo para que el paciente no se adapte socialmente debido al negativismo que posee en cuanto a no lograr el cumplimiento del tratamiento que exige la enfermedad. (13)

Enfermería desempeña un papel muy importante para lograr la adaptación del paciente al nuevo estilo de vida, partiendo de la planificación de nuevos objetivos que contribuyan a sensibilizarlo en cuanto a la realización de reajustes en su vida hacia

estilos y hábitos saludables, y que a través de ello se integre a la sociedad y sea una persona útil. (13)

4.2.4 Factores Sociales

a. La familia

La afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma condicionan una mejor tolerancia y adaptación tratamiento diabetológico. (33)

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, en especial, para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente (34)

b. Interferencia en las actividades

En cuanto a la esfera social en el paciente, se aprecia un deterioro en las relaciones sociales, el hecho de tener hábitos de alimentación distintos lleva a las personas con diabetes a dejar de hacer ciertas actividades como asistir a reuniones o incluso, los otros dejan de invitarlos y la persona se siente rechazada.

c. Empleo

La diabetes en una persona que trabaja puede afectar sustancialmente sus relaciones laborales. Existen condiciones, horarios y contenidos de trabajo que pueden constituir, desde un factor de riesgo hasta una limitación laboral para la

persona con diabetes, además pueden contribuir al mal control metabólico, y este mal control no solo representa una afectación física, sino que puede provocar bajo rendimiento, ausencias al trabajo, certificados y peritajes médicos, que en su máxima expresión terminan en jubilación precoz o abandono de la actividad laboral. Se afecta, además, la autoestima, la situación económica del enfermo y la dinámica familiar. Es una situación bastante difícil que enfrenta el paciente que vive con diabetes mellitus. Por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos, más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo. (35) (36)

d. Aislamiento social.

De tener tiempo para hacer visitas a los amigos. Estos mismos no llegan muchas veces a saber cómo reaccionar ante el enfermo, les resulta incómoda la relación y disminuyen sus contactos. Algunas enfermedades resultan estigmatizantes (VIH) o despiertan mucha ansiedad (cáncer). Recibir ayuda puede resultar humillante para el enfermo. El enfermo sólo se siente comprendido por personas que hayan pasado por la misma enfermedad, de ahí la importancia que en términos de apoyo emocional pueden prestar las asociaciones de autoayuda compuestas por pacientes y sus familias. (37)

4.2.5 Factor Espiritual

a. Asistencia a la iglesia.

El tiempo de la enfermedad se transforma en una ocasión de búsqueda de *Dios*, o del significado de la vida, del dolor y de la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que lo espiritual se refiere a "aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales"; no es lo mismo que religioso, aunque para muchos la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso, se percibe vinculado con el significado y el propósito.

La espiritualidad en el enfermo con diabetes mellitus puede convertirse en un factor protector que favorece al afrontamiento de la enfermedad con menor sufrimiento, a medida que aumenta la espiritualidad, aumenta la fortaleza relacionada con la salud. (36)

b. Incertidumbre

La incertidumbre en la enfermedad es un estado cognitivo, en el cual el individuo es incapaz de atribuir un significado a los acontecimientos relativos a la enfermedad. Lo cual se verifica en situaciones donde aquel no tiene capacidad para atribuir valores definitivos a los objetos y acontecimientos y/o es incapaz de predecir correctamente los resultados de esta enfermedad, aspectos que pueden interferir con el proceso de motivación y de seguimiento del tratamiento. (38)

4.2.6 Factor Económico

a. La diabetes influye sobre la pobreza

La muerte precoz es sólo uno de los muchos componentes de la pérdida de ingresos y muchas personas con diabetes sufren complicaciones discapacitadoras potencialmente inevitables, que les impiden trabajar. Esto representa una pérdida económica importante y, en los países en donde no existe protección social, puede empujar a las familias a la pobreza y arrebatarse a los niños las oportunidades de llevar una alimentación saludable, recibir educación y encontrar empleo en el futuro. Así que, aunque ningún país sea inmune a la diabetes, el problema más inmediato se encuentra en los países de ingresos medios y bajos, en donde tres de cada cuatro personas con diabetes viven hoy día, y en donde la aparición de diabetes ha descendido una generación, afectando cada vez más a las personas en sus años más productivos. Incluso en los países ricos, las minorías desfavorecidas, como los pueblos indígenas y las minorías étnicas los migrantes recientes y los habitantes de barrios marginales sufren un mayor índice de diabetes y sus complicaciones. (39)

4.5 Modelo del Auto Cuidado de Dorotea Orem

En esta investigación se aplicó el modelo de autocuidado el cual define que el autocuidado, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. (40)

4.5.1 Autocuidado

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. (40)

4.5.2 La persona

Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno realizando acciones predeterminada, que le afectan a el mismo, a otro y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

4.5.3 La salud

Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto, la

promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

4.5.4 El entorno

Los factores físicos, químicos, biológicos, y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

4.5.5 La Enfermería

Los cuidados de enfermería deben sentarse en ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. (41)

4.6 Contextualización geográfica del estudio.

4.6.1 Zunil

Durante el período hispánico se conoció a la actual cabecera como Tzunil, Santa Catalina Suñil, Santa Cathalina Sunil o Santa Catarina Zunil. De la ciudad de Quetzaltenango por la ruta nacional 9-S en dirección hacia el sureste son unos 7 km. a la cabecera de Almolonga y de allí unos 6 km. a la cabecera de Zunil en rumbo sur franco.

Entre los cerros y barrancos que rodean a la cabecera, se ha dicho que existen minas de hierro, y azufre y, así como de otros minerales. Los baños de aguas termales cercanos a la cabecera, gozan de fama de ser medicinales. Los habitantes se dedican en su mayoría a la agricultura, cultivando de manera principal maíz, frijol, trigo y toda clase de legumbres de esa zona. (42)

4.6.2 Centro de Salud

En el municipio de Zunil existe un centro de salud ubicado en la cabecera Municipal, un puesto de salud en la aldea Estancia de la Cruz y otro en la aldea Santa María de Jesús, con los que se atienden las necesidades de salud de la población. (43)

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al Centro de Salud del municipio de Zunil, Quetzaltenango.

5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con diabetes mellitus

Identificar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

VI. JUSTIFICACIÓN

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en el 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. (44)

La diabetes, es un trastorno que se puede controlar mas no curar además esta enfermedad se presenta en diferentes edades depende de factores ambientales y que influyen en el estilo de vida de las personas.

La falta de una alimentación adecuada, sedentarismo, obesidad, que son predisponentes para desarrollar diabetes. Esta enfermedad está afectando a los guatemaltecos, en el municipio de Zunil, se han diagnosticado varios pacientes con diabetes mellitus, por la falta de conocimiento sobre la causa de la enfermedad y cuando son diagnosticados con diabetes la falta de autocuidado les lleva a complicaciones graves de salud, y afecta la calidad de vida.

La importancia de realizar esta investigación, fue con el fin de identificar los factores que afecta la calidad de vida, así los resultados contribuirán en la reducción de casos nuevos de complicaciones en los pacientes diabéticos, debido a que causa desequilibrio a nivel individual, familiar y comunitario y es una de las causas de morbilidad y mortalidad.

Los resultados servirán, para apoyar a los pacientes que mejoran su autocuidado, para evitar complicaciones y no afecta la economía familiar.

Para Enfermería es importante investigar acerca de los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes diabéticos, para obtener los resultados y a través de eso sugerir acciones para contribuir a mejorar, la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, cuantitativo y corte transversal

7.2 Sujeto de estudio.

58 pacientes con diabetes mellitus, que asistieron al Centro de Salud y Puesto de Salud del municipio de Zunil, Quetzaltenango.

7.3 Contextualización geográfica

7.3.1 Delimitación geográfica

El estudio se realizó en el municipio de Zunil Quetzaltenango

7.3.2 Delimitación temporal

Enero a julio 2016

7.4 Definición de variables

Nombre De Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición	ITEM S
Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio.	Son característica de las personas que pueda ser medida o contada. El género, la edad, el estado, el nivel de instrucción y la ocupación, son algunas de las que se consideran en el análisis de los sujetos. (45)	Son las diferencias que existen entre cada persona y sujeto de estudio.	Edad Procedencia Género Escolaridad Estado civil. Comunidad Lingüística. Religión. Ocupación	Nominal	1 al 8
Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.	La calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos de bienestar físico, psicológico y social. Objetivos como bienestar material, las relaciones armónicas, Con el ambiente físico, social y con la comunidad. (46)	Las prácticas de un estilo de vida, la dieta el ejercicio, estado emocional. adherencia al tratamiento, Y el autocontrol.	Físicos Social Económico Culturales	Nominal	9 al 22

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de Estudio

8.1.1 Criterios de inclusión

Pacientes detectados con diabetes mellitus en el centro de salud.

8.1.2 Criterio de exclusión

Pacientes que no aceptaron participar en la investigación

8.1.3 Universo

El estudio se realizó con 58 pacientes.

8.1.4 Identificación de los sujetos de estudio.

La identificación de los pacientes se realizó a través de los datos registrados en el centro de salud.

8.2 Recolección de datos.

8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos

Se pasó un cuestionario, elaborado por la investigadora a los 58 pacientes sujetos de estudio en modalidad auto administrada y administrada. Se captaron los pacientes en el centro de salud y en los puestos de salud por medio de visitas domiciliarias a través de los expedientes clínicos.

8.2.2. Elaboración y descripción de los instrumentos para la recolección de datos.

El instrumento fue un cuestionario que consta de 2 series la primera contiene 8 preguntas de las características sociodemográficas de los sujetos de estudio, la segunda serie contiene 14 preguntas relacionados sobre los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

8.2.3. Validación del instrumento

La validación del instrumento se realizó en el municipio de Zunil Quetzaltenango con 5 pacientes que son registrados en el centro de salud, los datos obtenidos fueron analizados y se realizó los cambios necesarios en el instrumento.

IX PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación

9.1.1 Electrónica o manual

En el proceso de digitación se realizó manual y digital se utilizó tablas y gráficas utilizando el programa Microsoft Word después se analizaron los resultados.

9.1.2 Uso de programas

Se utilizó el programa de Microsoft Word y Microsoft Excel para la tabulación y gráfica de datos.

9.1.3 Uso de software

Windows versión 8

9.2 Plan de análisis de datos

Con los resultados que se obtuvieron en la recopilación de la información, se tabularon en el programa de Microsoft Excel, donde se elaboraron cuadros y gráficas estadísticas, después se realizó el análisis e interpretación de resultados.

9.3 Métodos estadísticos.

Se utilizó una estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. Una distribución de frecuencias absoluta de una variable estadística es el número de veces que aparece en la muestra dicho valor de la variable. Porcentaje es igual a la frecuencia relativa multiplicada por 100. (47)

9.4 Aspectos Éticos

- a. Autonomía: Todo ser humano es autónomo. Incluye aspectos relacionados con el respeto a la dignidad de las personas, sus creencias, su pudor, su intimidad, su integridad física, su libertad para decidir sobre cualquier situación sin temor a

repercusiones o manipulaciones, lo que incluye la libertad de participar o no en la investigación.

- b. Beneficencia: Significa maximizar los beneficios y minimizar los riesgos o daños, así como asegurar la integridad física, mental y social del individuo sobre el beneficio a la humanidad.
- c. Justicia: Iguales derechos para todas las personas que participan sin discriminaciones de ningún tipo; es decir, la selección de los sujetos se realiza de forma equitativa, no por alguna razón ideada por los investigadores.
- d. Respeto a la privacidad: Se debe ser cuidadoso al momento de redactar la encuesta, que no lleve datos que sean íntimos del paciente con diabetes mellitus, al menos que sea indispensable para el desarrollo del estudio. (48)

X. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Características sociodemográficas

Tabla. Núm. 1

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuántos años tiene?	30 -40	3	5%
	41-50	14	24%
	51-60	18	31%
	61-70	13	22%
	71-80	10	17%
Total		58	100%
¿Procedencia?	Zunil	32	55%
	Chimucubal	0	0%
	Calera	0	0%
	La Estancia de la Cruz	8	14%
	Santa María de Jesús	18	31%
Total		58	100%
Género	Masculino	14	25%
	Femenino	43	75%
Total		58	100%
Grado de escolaridad	Ninguna	47	81%
	Primaria	7	12%
	Básico		0%
	Diversificado	3	5%
	Universitario	1	2%
Total		58	100%
Estado civil	Casada(o)	42	72%
	Soltera(o)	16	28%
Total		58	100%
¿Idioma que habla?	Español	19	33%
	k'iche'	20	34%
	k'iche'-español	19	33%
Total		58	100%
¿Qué religión profesa?	Católica	41	71%
	Evangélica	17	29%
Total		58	100%

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango julio 2016

En las características sociodemográficas, según la tabla indica que la edad de los pacientes diabéticos más afectados esta entre 41 y 80 años con un 94%, esto comprueba que la diabetes tipo 2 es una enfermedad que se da en pacientes adultos. La procedencia 55% de la cabecera municipal, 31% son de Santa María, 14% La Estancia de la Cruz. Respecto al género el 75% son mujeres, 25% son hombres. Este dato refleja que en el servicio de salud consultan más las mujeres que los hombres. Según el grado de escolaridad el 81% son analfabetas, lo que dificulta su comprensión para su tratamiento y autocuidado. El estado civil 72% es casado el resto es soltero. El 34% solo habla el k'iche', 33% hablan Español y el 33% son bilingües. El 71% de los sujetos de estudio profesan la religión católica.

Tabla Núm. 2

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	
¿En qué trabaja actualmente?	Ama de casa	25	43%	
	No trabajan	8	14%	
	Vendedora de carne	1	2%	
	Agricultor	4	7%	
	Comerciante	9	15%	
	Negocio propio	2	3%	
	Sastre	1	2%	
	Jubilado	1	2%	
	Tejedoras	5	9%	
	Soldador	1	2%	
	Comadrona	1	2%	
	Total		58	100%

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango julio 2016

El trabajo que desempeñan los pacientes diabéticos, el 43% son amas de casas, por lo que no les genera un ingreso económico, el 14% no trabajan, según refieren por la edad. Un 2% vendedora de carne, 7% son agricultores, el 15% son comerciantes, este puede ser un factor que interfiere en el autocuidado. El 3% tiene un negocio propio, 2% sastre, 2% son jubilados, 9% son tejedoras, 2% soldador, 2% es comadrona. La mayoría trabaja en casa por lo que es una ventaja, en lo cual ellos pueden cumplir su autocuidado, teniendo una oportunidad para mantener una mejor calidad de vida.

Tabla Núm. 3

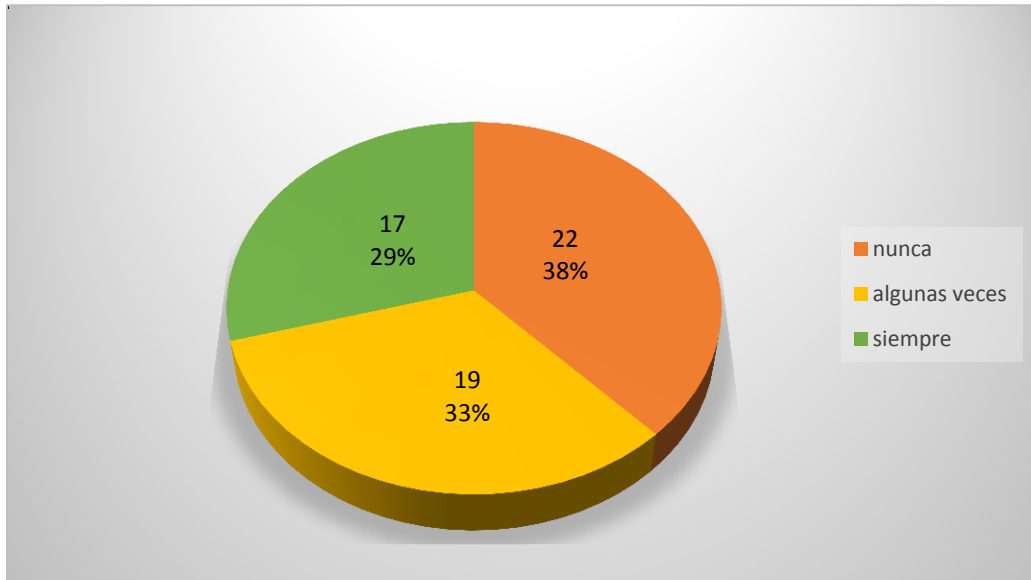
Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Hace cuánto tiempo le dijeron que tiene diabetes?	< - 5	15	26%
	5-10	25	43%
	11-15	12	21%
	16-20	5	9%
	21-25	0	0%
	26-30	0	0%
	31-35	1	2%
Total		58	100%

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango julio 2016

Al 26% de los pacientes le diagnosticaron la enfermedad hace menos de 5 años, otro 43% de 5 a 10 años, la mayoría ya tiene tiempo de padecer el problema, por lo que es necesario que lleven un control para evitar las complicaciones. El 21% tiene de 11 a 15 años, otro 9% de 16 a 20 años, solo el 2% le han diagnosticado hace 32 años con la enfermedad el autocontrol ayuda a favorecer una calidad de vida.

¿Cumple con la dieta de diabéticos?

Gráfica Núm. 1



Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

Respecto a la dieta el 38% de los pacientes diabéticos nunca cumplen con la dieta, un 33% algunas veces y el 29% siempre cumplen con la dieta. La cual es esencial en el tratamiento para controlar los niveles de glucemia, lo que contribuye al sostenimiento a una calidad de vida adecuada. La alimentación sana ayuda a mantener un peso adecuado y niveles de presión arterial y colesterol normal. En las personas con diabetes, los tipos de alimentos y su distribución en el día contribuye a controlar el nivel de glucemia. (48)

Tabla Núm. 4

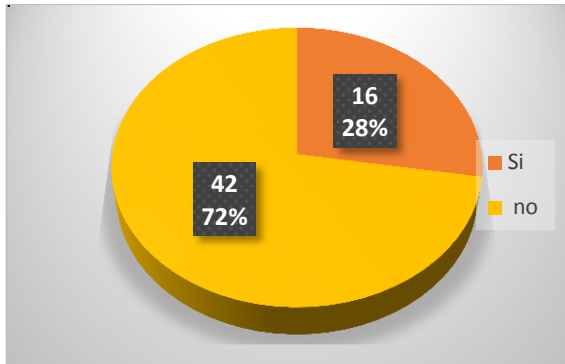
Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué complicaciones puede presentar si no cumple con su dieta?	Aumento del nivel de azúcar	52	64%
	Problemas de la vista	15	19%
	Problemas renales	1	2%
	Presión alta	8	10%
	Lesiones en los pies	5	6%
	Total		81

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

El 64% de pacientes refieren que la complicación más frecuente de no cumplir con la dieta es el incremento del nivel de azúcar. Los pacientes con alto nivel de azúcar, desarrollan problemas cardíacos. La magnitud de estas complicaciones se incrementa con la edad y con el tiempo de evolución, el sedentarismo, la obesidad, hipertensión afecta la calidad de vida. El 19% presentan problemas de la vista, el 2% presenta problemas renales, el 10% presentan hipertensión, el 6% lesiones en los pies. Son complicaciones que afecta la calidad de vida.

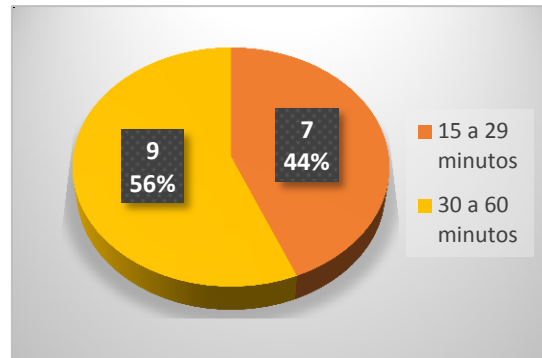
¿Cómo parte de su tratamiento hace usted ejercicio?

Gráfica Núm. 2



¿Si su respuesta es sí, cuánto tiempo?

Gráfica Núm. 3



Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

El 28% de los pacientes realiza ejercicio como parte de su tratamiento. El 72% no realiza ejercicio. En las personas con diabetes, la actividad física reduce los niveles de glicemia y ayuda a disminuir todas las condiciones que agravan la diabetes y sus complicaciones (49). Del 28% que sí, realiza ejercicio el 56% invierte un tiempo de 30 a 60 minutos, en los pacientes con una diabetes tipo 2 el ejercicio moderado y regular (30 min/día) es beneficioso, disminuye la glucemia y un 44% de los pacientes realiza ejercicio en un periodo menor a 30 minutos que es lo recomendable.

Tabla Núm. 5

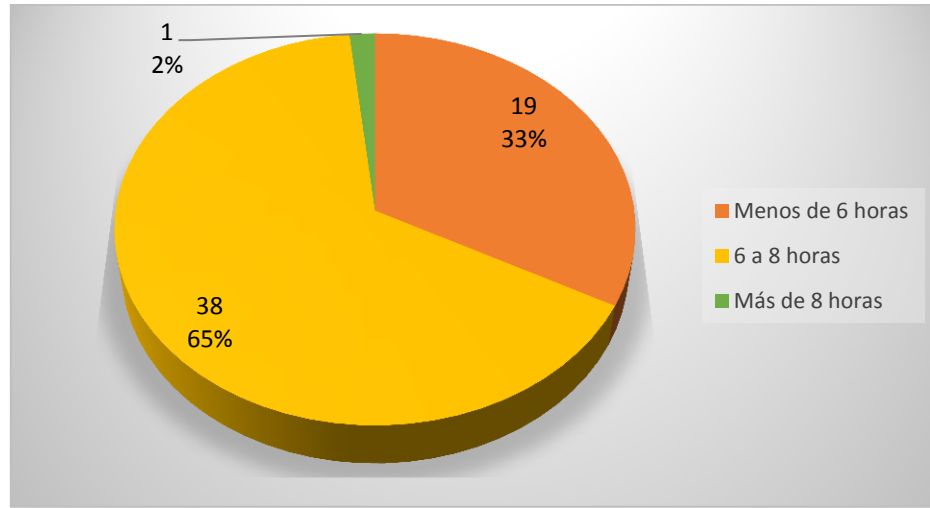
Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
14. ¿con que frecuencia controla su peso?	Cada mes	6	10%
	Cada 2 meses	6	10%
	Cada 6 meses	4	7%
	Nunca	42	72%
Total		58	100%

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

El 10% de las encuestadas controlan su peso cada mes, otro 10% cada 2 meses, 7% cada 6 meses por lo que se demuestra son pocos los pacientes que tiene un control de su peso y el 72% de ellos nunca controla su peso, las personas con diabetes necesitan mantener un peso adecuado para mantener un nivel de glucemia en los rangos normales, entre más peso tiene el paciente las complicaciones son más frecuentes. Es necesario que lleve su control de peso.

¿Cuántas horas duerme al día?

Gráfica Núm. 4

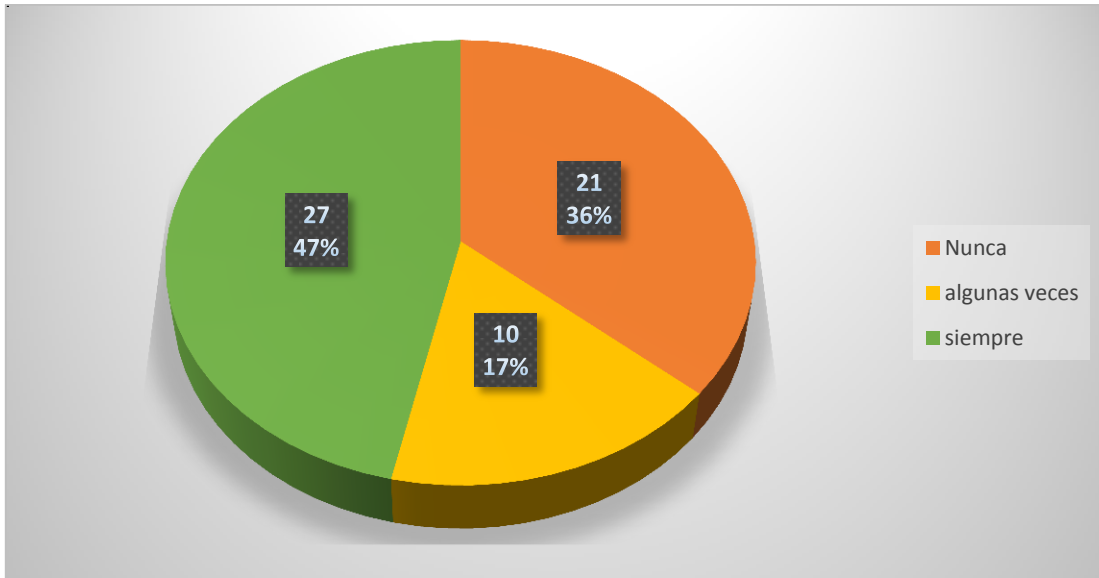


Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

Respecto a las horas que duermen durante el día los pacientes diabéticos el 65% indicó que de 6 a 8 horas, el dormir es tan importante igual como la dieta, el ejercicio, si duerme bien contribuye a tener una buena calidad de vida. El 33% duermen menos de 6 horas siendo una molestia muy frecuente en los pacientes diabéticos, lo que dificulta la capacidad para dormir. Y el 2% duerme más de 8 horas.

¿Cumple con su medicamento?

Gráfica Núm. 5



Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

El 36% de los pacientes indica que no cumple con su medicamento, El 17% algunas veces cumplen, cuando presentan una hiperglucemia, el 47% de ellos siempre cumple con su medicamento. El cumplimiento del tratamiento de la diabetes evita las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida.

Tabla Núm. 6

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Qué medicamento utiliza para controlar la diabetes?	Pastilla	35	60%
	Insulina	3	5%
	Ninguno	20	34%
Total		58	100%
¿Si utiliza pastilla, ¿cada cuánto se controla la glicemia (azúcar)?	Nunca	18	51%
	Diario	0	0%
	1 a 3 veces a la semana	4	11%
	Más de 1 mes	13	37%
Total		35	100%
Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Si usa insulina ¿cada cuánto se controla la glicemia (azúcar)?	Nunca	0	0%
	Diario	0	0%
	Cada semana	2	67%
	Más de 1 mes	1	33%
Total		3	100%

Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

Respecto al uso de los medicamentos para controlar la diabetes el 92% de los pacientes diabéticos tiene como tratamiento las pastillas, los hipoglucemiantes ayudan al organismo de estas personas a producir más insulina o hacer que usen de una mejor manera su propia insulina, el 8% utiliza insulina, la utilización de este medicamento es cuando el cuerpo no produce suficiente insulina de forma natural. (49)

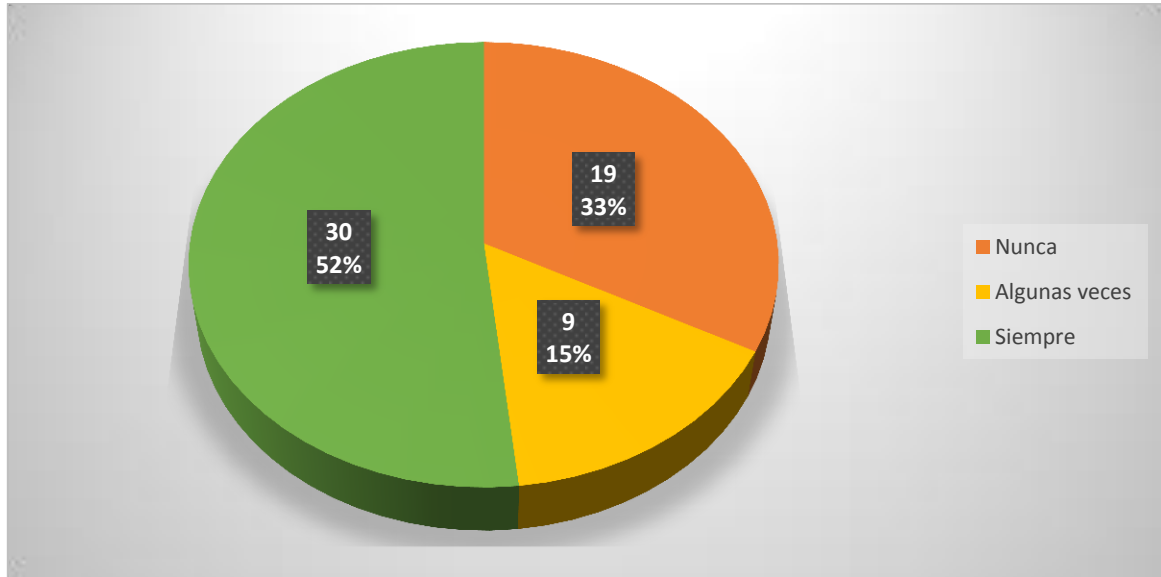
El 50% de pacientes que utiliza hipoglucemiantes orales no se controlan la glucemia, es fundamental para el manejo de pacientes con diabetes. Una disminución de la concentración de glucosa en sangre retarda o previene la presencia de complicaciones. El 12% controlan la glucemia de 1 a 3 veces a la semana, las personas con diabetes tipo 2 en tratamiento con medicamentos orales pueden realizarse 1 a 3 veces por semana en distintos horarios. Un adecuado nivel de glicemia puede disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades derivadas de las complicaciones

crónicas mejorando la calidad de vida de los pacientes diabéticos. El 38% controlan la glucemia más de 1 mes. (49)

De los pacientes que utilizan insulina, el 67% de los diabéticos controlan su glucemia cada semana, y el 33% lo controlan después del mes esto demuestra que ninguno de ellos tiene un buen control, las personas con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina, deben controlarse al menos una vez al día en horarios diferentes. (49)

¿Recibe apoyo de su familia para la compra de su medicamento?

Gráfica Núm. 6

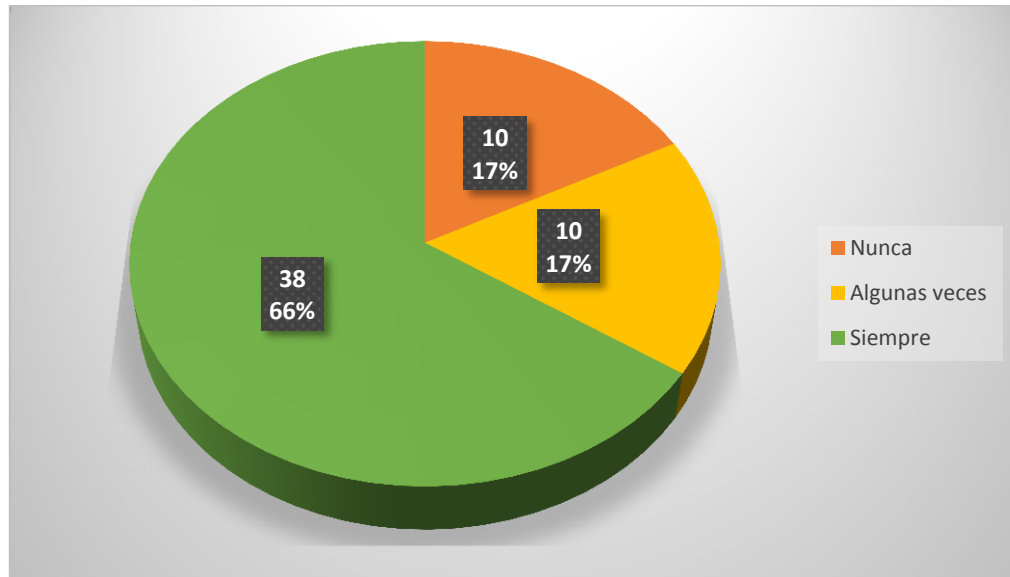


Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

En lo referente al apoyo familiar para la compra de medicamento el 33% nunca reciben apoyo de su familia en la compra de su medicamento, según refieren, que la razón por la cual no cumplen con su tratamiento indicado, es porque no tienen un trabajo que les genere un ingreso económico, este es un factor que impide a los pacientes a adquirir sus medicamentos sin la ayuda de sus familiares. El 15% algunas veces, el 52% siempre reciben apoyo de su familia, el cual es importante para cumplir con los medicamentos.

¿Su familia le acompaña para sus controles médicos?

Gráfica Núm. 7

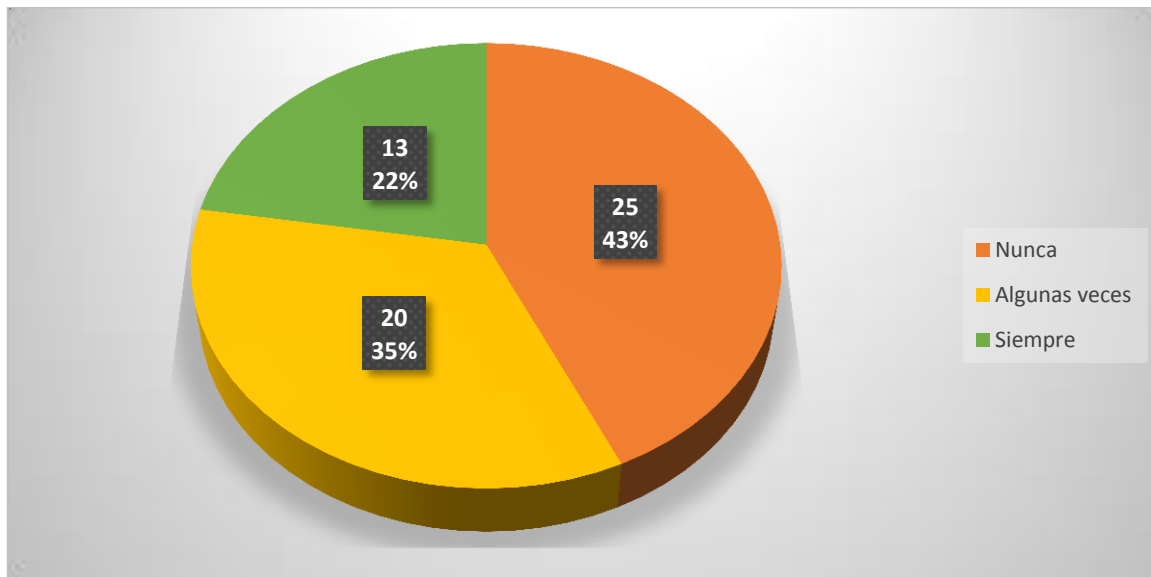


Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

De acuerdo a los datos obtenidos el 17% de los pacientes no son acompañados por sus familiares, otro 17% algunas veces son acompañados, en sus controles médicos, el acompañamiento es particularmente importante en el paciente diabético, siendo el principal recurso de apoyo que recibe, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones médicas, en las que pueden estar implicadas las personas que viven o comparten en la vida cotidiana con el paciente. Sin embargo estos pacientes no cuentan con este apoyo. El 66% siempre son acompañados, es de suma importancia porque ayuda al paciente eliminar sentimientos de inseguridad. Como también ayuda a tener una mejor calidad de vida.

¿Su ingreso económico le permite cumplir con su tratamiento?

Gráfica Núm. 8



Fuente: Encuesta realizada con pacientes diabéticos, Zunil, Quetzaltenango, julio 2016

En lo referente al ingreso económico, el 43% de los pacientes no tiene para la compra de medicamentos, porque la mayoría, no tiene un trabajo fijo, en donde no les genera ningún ingreso económico, la pobreza es un factor que limita al acceso en la compra de los medicamentos que están indicados y esto afecta porque no cumplen con el tratamiento, ni tampoco puede detectar antes las complicaciones de la enfermedad. El 35% algunas veces les alcanza, 22% siempre les permite cumplir con su tratamiento, ellos tienen un ingreso económico estable, negocio propio o son comerciantes, es un beneficio que ellos tienen, el cual contribuye a mejorar la calidad de vida.

XI. CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas de los pacientes encuestados con diabetes mellitus, están: La edad oscila entre 41 y 80 años, son mujeres, residentes en la cabecera municipal de Zunil, no cuentan con ninguna escolaridad, son casadas, hablan el idioma materno, (k'iche') profesan la religión católica, son amas de casa, fueron diagnosticados con la enfermedad entre 5 a 10 años.
2. En relación a los factores que favorecen la calidad de vida están: Los usuarios que realizan ejercicio lo hacen en un intervalo de 30 a 60 minutos, duermen entre 6 a 8 horas, utilizan pastillas para controlar la diabetes, algunos reciben apoyo de su familia en la compra de su medicamento, sus familiares los acompañan para sus controles médicos.
3. Los factores que afecta la calidad de vida son: No cumplen con la dieta lo cual ha provocado que presenten episodios de hiperglucemia, no realizan ejercicios, no llevan control de su peso, nunca cumplen con su medicamento, no tienen control de glucemia, su ingreso económico no les permite cumplir con su tratamiento.

XII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de salud, realizar programas con metodologías adecuadas a la edad y nivel educativo de los pacientes, brindando educación en el idioma materno de los pacientes para una mejor comprensión, de los cuidados de un paciente diabético.
2. Organizar un club de pacientes diabéticos, manejado por el centro de salud, para darle seguimiento al protocolo de autocuidado, concientizando a los pacientes sobre los beneficios que tiene el cumplimiento de las indicaciones médicas, para disminuir las complicaciones, implementando programas de educación donde se involucre al paciente y la familia llevando un control tanto en dieta como en medicamento, fortalecen el apoyo familiar para tener una mejor calidad de vida.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. **Azzollini, Susana, Bail, Vera y Vidal, Victoria.** Diabetes: importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. [En línea] 11 de julio de 2011. [Citado el: 7 de febrero de 2016.] http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862011000100035&script=sci_arttext.1851-1686.
2. **Juarez, Víctor Hugo.** Guatemala Saludable. [En línea] febrero de 2008. [Citado el: 2 de febrero de 2015.] <http://guatemalasaludable.blogspot.com/2008/02/costo-de-la-diabetes-ascendera-4-mil.html>.
3. **Zamora Carrión, Javier.** Estilo de vida y Control Metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. [En línea] abril de 2014. [Citado el: 2 de febrero de 2015.] <http://www.grin.com/es/e-book/281069/estilo-de-vida-y-control-metabolico-de-los-pacientes-con-diabetes-mellitus.978-3-656-75739-9>.
4. **Fernández., Dr. Alberto Quirantes.** La calidad de la vida del paciente diabético. [En línea] 29 de 7 de 1999. [Citado el: 16 de 3 de 2016.] http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi09100.htm.
5. **Bautista, Luz; Zambrano, Gloria.** La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. [En línea] 2014. [Citado el: 8 de 3 de 2015.] <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760.0124-205917>.
6. **Alzuru, Luzmar C.I. 12.917.964, Veliz, Yasmira C.I. 6.318.476, Weffer, Marsonia C.I. 13.693.862.** Conocimiento sobre autocuidado presente en los pacientes con diabetes tipo 1. [En línea] 2006. [Citado el: 12 de 2 de 2015.] <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/350/1/Tesis%20Conocimientos%20sobre%20autocuidado%20en%20diabetes.pdf>.
7. **Pineda, Claudia; Figueroa, Lucia.** Factores Asociados con la no Adherencia al Tratamiento de Pacientes Diabeticos en un Programa de Control de Riesgo Cardiovascular. [En línea] 2010. [Citado el: 12 de 2 de 2015.] <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>.
8. **Asalde, Maritza; Fenco, Carolin.** Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. [En línea]

2010. [Citado el: 13 de 2 de 2015.]
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/fenco_am.pdf.
9. **Pech, Sergio; Baeza, Jesús; Ravell, María.** Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. [En línea] 4 de octubre-diciembre de 2010. [Citado el: 11 de 2 de 2015.]
<http://www.redalyc.org/pdf/473/47316086005.pdf>. 1665-7330.
10. **Hernández, Virginia Amores.** Conocimiento de auto cuidado en pacientes diabeticos tipo 2. [En línea] agosto de 2013. [Citado el: 13 de 2 de 2015.]
<http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/603/1/RI000089.pdf>.
11. **Fernández, Araceli; Abdala, Tania; Alvara, Estela.** Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [En línea] 2 de abril - junio de 2012. [Citado el: 13 de 2 de 2015.] <http://www.redalyc.org/pdf/473/47323278006.pdf>. 1665-7330.
12. **Andaya, Elizabeth.** La Calidad de Vida en el Paciente con Diabetes. [En línea] [Citado el: 13 de 2 de 2015.] <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/174%20calidad.pdf>.
13. **Hernandez, Dora Florencia.** Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años Que Asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlan. [En línea] Julio de 2011. [Citado el: 6 de 3 de 2015.]
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf.
14. **Sanchez, L.f Pallardo.** *Enfermedades del Metabolismo y del Corazón*. 1. Barcelona : Eloisa Rodrigues Vida, 1987. pág. 2667. 8445804340.
15. **López, Alfonso.** Evaluación de Antidiabéticos Orales e Insulina y los Factores que Influyen en su Prescripción. [En línea] 2009. [Citado el: 26 de 2 de 2015.]
<http://hera.ugr.es/tesisugr/18067542.pdf>. 978-84-692-3859-2.
16. **Castillo, Jorge.** . Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). [En línea] [Citado el: 11 de 2 de 2015.]
http://www.endocrino.org.co/files/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf.
17. **Valls, María Dolores Murillo Fernando Fernández-Llimós Laura Tuneu i.** Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre DIABETES. [En línea] [Citado el: 28 de 2 de 2015.] http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DIABETES.pdf. 84-609-0502-0.

18. **Ramírez , Flores; Aguilar, Rebolledo.** . Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo1 y 2. [En línea] 2 de julio-diciembre de 2006. [Citado el: 11 de 2 de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>.
19. **Aschner, Pablo.** Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [En línea] [Citado el: 2 de 3 de 2015.] <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>.
20. **Isea, Jesús.** Complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus: cardíacas, vasculocerebrales y enfermedad arterial periférica. [En línea] Octubre de 2012. [Citado el: 28 de julio de 2015.] http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400013&script=sci_arttext.1690-3110.
21. **Sociedad, endocrinología mexicana de nutrición.** Complicaciones macrovasculares en la diabetes mellitus tipo 2. [En línea] junio de 2004. [Citado el: 28 de 7 de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers041d.pdf>.
22. **Dirección Técnica, Bienestar Laboral y Seguridad Social.** Diabetes Mellitus Como Enfermedad Generadora de Discapacidad . [En línea] 2017. [Citado el: 1 de 3 de 2015.] http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/diabetes_mellitus.pdf.
23. **Garcia, Manuel; Durruty, Pilar.** Prevención de la Diabetes Mellitus tipo 2. [En línea] 20 de 7 de 2009. [Citado el: 1 de 3 de 2015.] http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/03_Dr_Garcia_de_los_rios.pdf.
24. **Lifshitz, Alberto.** Diabetes Mellitus. [En línea] 2008. [Citado el: 6 de 3 de 2015.] http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html.
25. **Palacios, Anselmo; Durán, Maritza; Obregón, Oswaldo.** Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. [En línea] 8 de 2012. [Citado el: 13 de 3 de 2015.] http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1690-31102012000400006&script=sci_arttext.1690-3110.
26. **Melchior AC, Correr CJ, Rossignoli P, Pontarolo R, Fe.** Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I. [En línea] 2004. [Citado el: 2015 de 2 de 2015.] <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/001-011.pdf>.
27. **López, Juan; Rodríguez, Raymundo.** . Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. [En

- línea] 10 de enero de 2016. [Citado el: 9 de 2 de 2015.]
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735>.
28. **Chico, Ana.** Diabetes y ejercicio. [En línea] 5 de 2006. [Citado el: 2015 de 7 de 21.]
<http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/000009777archivo.pdf>. 84-96537-27-7.
29. **Roses, Mirta y Guzmán, Juan.** Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento, de la Diabetes Mellitus Tipo 2. [En línea] 2000. [Citado el: 16 de 9 de 17.]
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf.
30. **Figuerola, Daniel.** El día a día con diabetes: el proceso de aceptación. [En línea] 5 de 8 de 2008. [Citado el: 22 de 7 de 2015.]
<http://www.diabetes.bayer.es/blog/autocontrol/el-dia-a-dia-con-diabetes-el-proceso-de-aceptacion/>.
31. **Llanes, Loraine Ledón.** Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. [En línea] enero de 2012. [Citado el: 24 de 7 de 2015.]
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532012000100007&script=sci_arttext. 1561-2953.
32. **Naranjo, Diana.** El Impacto Emocional De Diabetes Mellitus El estrés, la angustia, y la búsqueda de apoyo. [En línea] 3 de 2011. [Citado el: 15 de 7 de 2015.]
<https://carbdm.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/spanish-summit-diana.pdf>.
33. **Medizal, Orietta; Bismark, Pinto.** Estructura Familiar y Diabéticos. [En línea] 2006. [Citado el: 22 de 5 de 2015.]
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v4n2/v4n2a3.pdf>.
34. **González, Pedro.** El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento. [En línea] julio diciembre de 2011. [Citado el: 25 de 7 de 2015.]
<http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>.
35. **González, Rosario.** . Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus. [En línea] 1 de 08 de 2009. [Citado el: 25 de 7 de 2105.]
http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol20_3_09/end03309.htm.
36. **López, Concepción; Ávalos, María.** Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. [En línea] 18 de septiembre de 2012. [Citado el: 2 de febrero de 2015.]
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm.

37. **Arroyo, Dasilva.** . Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. [En línea] 2005. [Citado el: 28 de 7 de 2015.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp052d.pdf>.
38. **Alves, João; Castro, Catarina; Ribeiro, Helena.** La Incertidumbre en la Enfermedad y la Motivación Para el Tratamiento en Diabéticos Tipo 2. [En línea] agosto de 2007. [Citado el: 25 de 7 de 2015.] http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a09.pdf.
39. **Federación, Internacional de Diabetes.** Plan Mundial Contra la Diabetes. [En línea] 2011. [Citado el: 15 de 7 de 2015.] <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>.
40. **Marriner, Ann y Raile, Martha.** *Modelos y teorías de Enfermería. Quinta Edición.* quinta edición. Madrid, España : edide,s.L. Casanova, 191, 3º 1a, 2003. pág. 508. 84-8174-644-4.
41. **Fernandez, Maria.** Bases históricas y teóricas de enfermería. [En línea] [Citado el: 2 de 7 de 2015.] <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28III%29.pdf>.
42. **Ochoa, Gabriel.** Zunil . [En línea] 2013. [Citado el: 2015 de 4 de 26.] <http://www.metropolitadelosaltos.org/portal/index.php/ct-menu-item-15/ct-menu-item-23>.
43. **Ixpanel, María.** Diagnóstico Socioeconómico Potencialidades Productivas y Propuestas de Inversión. [En línea] 2008. [Citado el: 26 de 4 de 2015.] http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0675_v15.pdf.
44. **OMS.** diabetes. [En línea] 2014. [Citado el: 15 de 2 de 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
45. **[En línea]** <http://biblioteca.uprh.edu/buho-censal/caracteristicas.htm>.
46. **Rubén, Ardila.** . Calidad de Vida . [En línea] 2003. [Citado el: 16 de 10 de 15.] <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>. 0120-0534.
47. **Godino, Juan .** Estocástica y su Didáctica para Maestros . [En línea] 2 de 2002. [Citado el: 16 de 10 de 15.] http://www.ugr.es/~jgodino/edumat-maestros/manual/6_Estocastica.pdf. 84-932510-0-3.
48. **Principios Éticos de Enfermería.** [En línea] [Citado el: 10 de 10 de 22.] <http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>.

49. **Ops.** programa de educación para personas con diabetes tipo 2. [En línea] [Citado el: 14 de 09 de 16.]<https://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=116§ion=0>.

XIV. ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora: Francisca Marta Chay Xic, Enfermera profesional, estudiante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería está realizando el estudio acerca de: **EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS, EN EL MUNICIPIO DE ZUNIL QUETZALTENANGO, GUATEMALA.** (El estudio y los procedimientos han sido aprobados por la unidad de tesis de la Universidad Rafael Landívar campus central, con el aval académico de la Facultad de Ciencias de la Salud de Guatemala.)

Esta investigación consiste en responder una serie de preguntas lo cual permitirá la obtención de datos sobre: Los factores que inciden en la calidad de vida del paciente que viven con diabetes mellitus. Su participación en el estudio es de forma libre y voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Tiene derecho a abandonar el estudio cuando así lo considere.

La información del estudio será confidencial y codificada para que no pueda relacionarse con usted y en el informe no se verá afectado.

He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente acepto participar en el estudio y retirarme en cualquier momento si lo quisiera, sin ninguna consecuencia.

Firma de la persona que participa

ENCUESTA

Título: Evaluación de factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Objetivo: Determinar los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus que asisten al centro de salud del municipio de Zunil.

Investigadora: Francisca Marta Chay Xic. Estudiante de la licenciatura en enfermería de la Universidad Rafael Landívar

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de cuestionamientos, los cuales tienen opciones de respuesta. Se le solicita elegir la que usted considere es la correcta.

Sección I Característica Demográficas

1. ¿Cuántos años tiene?

30 -40 41-50 51-60 61-70 71-80

2. ¿Procedencia?

Zunil
Chimucubal
Calera
La Estancia de la Cruz
Santa María de Jesús

3. Género

Masculino Femenino

4. Grado de escolaridad

Ninguna Primaria Básico Diversificado
Universitario

5. Estado civil.

Casada(o) Soltera(o)

6. ¿Idioma que habla?

Español Quiche Quiche-español

7. ¿Qué religión profesa?

Católica Evangélica

8. ¿En qué trabaja actualmente?

Sección II Factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Factores Físicos

9. ¿Hace cuánto tiempo le dijeron que tiene diabetes?

10. ¿Cumple con la dieta de diabéticos?

Nunca algunas veces siempre

11. ¿Qué complicaciones puede presentar si no cumple con su dieta?

- a) Aumento del nivel de azúcar
- b) Problemas de la vista
- c) Problemas renales
- d) Presión alta
- e) Lesiones en los pies

12. ¿Cómo parte de su tratamiento hace usted ejercicio?

Si no

13. ¿Si su respuesta es sí, cuánto tiempo?

15 a 29 minutos

30 a 60 minutos

14. ¿Con que frecuencia controla su peso?

- a) Cada mes
- b) Cada 2 meses
- c) Cada 6 meses
- d) Nunca

15. ¿Cuántas horas duerme al día?

- a) Menos de 6 horas
- b) 6 a 8 horas
- c) Más de 8 horas

16. ¿Cumple con su medicamento?

Nunca algunas veces siempre

17. ¿Qué medicamento utiliza para controlar la diabetes?

- Pastilla
- Insulina
- Ninguna

18. ¿Si utiliza pastilla, ¿cada cuánto se controla la glicemia (azúcar)?

- Nunca
- Diario
- 1 a 3 veces a la semana
- Más de 1 mes

19. ¿Si usa insulina ¿cada cuánto se controla la glicemia (azúcar)?

- Nunca
- Diario
- Cada semana
- Más de 1 mes

Criterio	Nunca	Algunas veces	Siempre
Apoyo de la familia			
20. ¿Recibe apoyo de su familia para la compra de su medicamento?			
21. ¿Su familia le acompaña para sus controles médicos?			
Económico			
22. ¿Su ingreso económico le permite cumplir con su tratamiento?			