



Universidad del Bío - Bío

Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos

Escuela de Enfermería

**FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
DIABÉTICOS NO INSULINODEPENDIENTES DEL CESFAM FEDERICO PUGA
BORNE CHILLÁN VIEJO, CHILE 2011.**

AUTORES:

Espinosa Borroni Joel

Hernández Novoa Luis

Jara Barra Carolina

Mora Baeza Deisy

DOCENTE GUÍA:

E.U. Cortes Recabal Juana

Magíster en Familia

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA
CHILLAN – CHILE**

2011

AGRADECIMIENTOS

Los autores de la presente investigación desean manifestar sus agradecimientos a quienes brindaron el apoyo y colaboración para la realización de este trabajo:

- Universidad del Bio Bio y Escuela de Enfermería.
- CESFAM Federico Puga Borne, Chillan Viejo.
- CESFAM Violeta Parra, Chillan.
- Docente guía Sra. Juana Cortes Recabal.
- Docentes Escuela Enfermería Universidad del Bio Bio, Sra. Patricia Letelier, Sra. Roxana Lara, Sra. Marcela Espinoza, Sr. José Leiva, Sra. Ana Pincheira.
- Srta. Soledad Miranda (Enfermera CESFAM Violeta Parra, Chillan).
- Srta. Carolina Cabrera (Profesora de Lenguaje).
- Sr. Miguel Ángel López (Estadístico)
- Sra. Soledad Salazar Coñomil (Secretaría Escuela Enfermería).
- Sra. Alejandra Jiménez (Profesora de Inglés).
- A todos los usuarios que participaron de este estudio.

DEDICATORIA

Los autores dedicamos esta investigación a Dios que nos guió en cada paso que dimos, a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindaron y a los amigos y pareja, por cada palabra de aliento que nos entregaron en los momentos difíciles, ya que con su apoyo y motivación, nos ayudaron a salir adelante para finalizar satisfactoriamente esta investigación.

Joel Espinosa Borroni

Luis Hernández Novoa

Carolina Jara Barra

Deisy Mora Baeza

RESUMEN

Antecedentes: La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado que al tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera. **Propósito:** Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulíndependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo. **Diseño:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal. El universo se constituyó por 74 usuarios diabéticos puros. Para la recolección de los datos se aplicaron los instrumentos SF-36, el Apgar Familiar, escala de Autoestima de Rosenberg y cuestionario de antecedentes generales del usuario a través de visitas domiciliarias. El análisis de los datos se realizó en el programa SPSS v.17.0 realizándose análisis univariado y bivariado; aplicándose las pruebas estadísticas de Chi cuadrado, V. de Cramer y Coeficiente de Gamma, con un nivel de significación del 5%. **Resultados:** De los 74 diabéticos estudiados, 64 contestaron la entrevista, de ellos un 23,4% presentó peor calidad de vida y un 76,6% tuvo mejor calidad de vida. **Conclusión:** Los sujetos del estudio presentaron mejor calidad de vida relacionándose significativamente según género, apoyo brindado por la pareja, función familiar, autoestima y situación laboral.

Palabras claves: Calidad de Vida, Usuarios Diabéticos Puros, Diabetes Mellitus tipo 2

ABSTRACT

Background: Type 2 Diabetes Mellitus is a chronic disease that affects the quality of people's life, since the type of treatment they undergo is for life, in addition to the complications it creates. **Purpose:** To determine factors related to quality of life in non-insulin dependent diabetic adults from the Federico Puga Borne CESFAM of Chillán Viejo. **Design:** Quantitative, descriptive-correlational and cross-section. The universe was composed by 74 pure diabetic users. In order to obtain the required data, the following documents were used: SF-36, the Family Apgar, Rosenberg Self-Esteem Scale and general background questionnaire user through home visits. The data analysis was performed in SPSS v.17.0 performing univariate and bivariate analysis, apply statistical tests of Chi square, V. Cramer and Gamma coefficient with a significance level of 5%. **Results:** Of the 74 diabetics studied, 64 responded to the interview, of whom 23.4% showed worse quality of life and 76.6% had a better quality of life. **Conclusion:** The studied subjects had better quality of life as a significant relationship between gender, support from the couple, family function, self-esteem and employment status.

Keywords: Quality of Life, Pure Users Diabetes, Type 2 Diabetes Mellitus.

ÍNDICE

Resumen	
Abstract	
I. Introducción.....	1-2
II. Presentación y fundamentación del problema e importancia para la profesión.....	3-4
• Presentación y fundamentación del problema.....	3
• Importancia de la investigación para la profesión.....	4
III. Problematización.....	5-6
IV. Marco Teórico.....	7-16
V. Marco Empírico.....	17-25
VI. Propósito de la investigación.....	26
VII. Objetivos Generales y Específicos.....	27-29
VIII. Hipótesis.....	30
IX. Variables de Estudio.....	31
X. Metodología de la Investigación.....	32-36
• Tipo de Diseño.....	32
• Universo y Muestra	32
• Unidad de Análisis.....	32
• Aspectos Éticos.....	32-33
• Procedimiento para Recolección de Datos.....	33
• Descripción de Instrumento Recolector.....	33-35
• Prueba Piloto.....	35-36
• Procesamiento de los Datos.....	36
XI. Resultados.....	37-54
XII. Discusión.....	55-63
XIII. Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.....	64-68
XIV. Bibliografía.....	69-75
XV. Anexos.....	76-95

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente a nivel mundial. Este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países, entre los que destaca el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida occidental. Chile no ha estado ajeno a esta situación y muestra en la actualidad un perfil epidemiológico semejante al de países con mayor desarrollo (1).

Una de las patologías crónicas que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en la mayoría de los países, es la Diabetes Mellitus (DM). Se estima que para el año 2030 la población de diabéticos aumentara de 176 (año 2002) a 366 millones, correspondiendo dos tercios a países en vías de desarrollo, de África, Asia y Latinoamérica (2-3).

En Chile, en la encuesta nacional de salud del 2010, se observó un aumento considerable de la población diabética con una prevalencia del 9,4%, afectando así a 1.200.000 personas aproximadamente, de las cuales el 8,4% corresponde a hombres y el 10,4% a mujeres (4).

Al ser la Diabetes Mellitus tipo 2 una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera, fue necesario incorporar esta patología al AUGE (actualmente GES), permitiendo a los usuarios acceder a una resolución integral de su problema, con calidad, acceso y oportunidad, sin que el dinero sea un obstáculo para todo lo que conlleva su tratamiento (5-6).

Algunos estudios llevados a cabo en Estados Unidos de Norteamérica (USA) señalan que las personas con diabetes experimentan una disminución en su calidad de vida, con respecto a individuos saludables (6).

Actualmente existen pocos estudios relacionados con la calidad de vida en usuarios adultos diabéticos tipo 2. Sin embargo es en México donde Velia Cárdenas y Cols. en el año 2005 publican su investigación “Calidad de vida del paciente con Diabetes Melitus tipo 2”, concluyendo que los pacientes con mayor escolaridad, de sexo masculino, que llevan dieta y ejercicio como tratamiento médico y niveles normales de HbA1c presentaron una mayor calidad de vida (6).

Es así como en este estudio de investigación se pretende determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo, ya que es en el nivel primario donde el profesional de enfermería juega un rol fundamental en la promoción de salud, en la prevención de complicaciones, en la pesquisa oportuna y en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la DM, siendo un agente activo de cambio en los estilos de vida que pudieran influir en forma negativa en su salud.

II. PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA PROFESIÓN

Presentación y fundamentación del problema.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en los últimos tiempos han sufrido un auge considerable en la población mundial como también en la población chilena, lo que ha constituido un desafío importante que ha debido asumir la salud pública en el último medio siglo. Ellas afectan predominantemente a los adultos y adultos mayores, aunque se debe entender el problema en un contexto progresivo durante toda la vida. Por ello, para evitar la ocurrencia de estas enfermedades, ya sea disminuyendo la exposición a factores de riesgo o modificando conductas, se han creados los programas de salud que abarcan todo el ciclo vital del individuo pesquisando oportunamente a usuarios asintomáticos. Una de las enfermedades que es fundamental identificar precozmente es la Diabetes Mellitus, por todo lo que conlleva esta patología.

Siendo esta una enfermedad crónica, que requiere cuidados interdisciplinarios del equipo de salud, además de una vigilancia y cuidados continuos en los que la participación de la familia es fundamental, por lo que también requiere de un proceso de adaptación constante. Esto puede llevar al usuario a extenuarse debido a frecuentes demandas de control y atención, afectando significativamente su calidad de vida.

Debido a la poca literatura que se documenta en trabajos de investigación en Chile, relacionados con el presente tema, se vuelve fundamental conocer como se ve afectada la calidad de vida desde que el individuo es diagnosticado con Diabetes Mellitus hasta la continuidad con su tratamiento; ya sea de tipo farmacológico y no farmacológico.

Importancia de la Investigación para la Enfermería

En el nivel primario, la función específica de los enfermeros/as se enfoca en la promoción y prevención de la salud, con énfasis en los cuidados de los individuos con enfermedades crónicas no transmisibles (ENTTS); como la Diabetes Mellitus, ocupando así un rol prioritario en el seguimiento periódico y en la educación de la enfermedad para prevenir las complicaciones que esta conlleva a su salud.

Es así como esta patología es capaz de generar una gran sobrecarga para quien la padece, ya que la cantidad de cambios que debe integrar a su diario vivir disminuyen considerablemente la calidad de vida, por lo que se vuelve fundamental una red de apoyo sólida que ayude a sobrellevar su condición de diabético.

La incorporación de esta patología al sistema de garantías explícitas (GES) a permitido obtener el acceso y equidad a nivel nacional, además de minimizar el costo económico, que esta significa pudiendo integrarse a la atención de un equipo multidisciplinario en los centros de salud de todo Chile.

Para el profesional de enfermería el estudio de la Calidad de Vida del individuo es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que se encuentre enfrentando. El quehacer de enfermería se centra en ayudar a los individuos a satisfacer en forma plena sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos.

III. PROBLEMATIZACIÓN

¿Cuáles son los factores relacionados con la calidad de vida de los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

1. ¿Se relaciona la calidad de vida con la edad en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

2. ¿Se relaciona la calidad de vida con el género en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

3. ¿Se relaciona la calidad de vida con la condición de pareja en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

4. ¿Se relaciona la calidad de vida con el apoyo brindado por la pareja en usuarios diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

5. ¿Se relaciona la situación laboral con la calidad de vida de los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

6. ¿Se relaciona la calidad de vida con el nivel de escolaridad en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

7. ¿Se relaciona la calidad de vida con el nivel de autoestima en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

8. ¿Se relaciona el funcionamiento familiar con la calidad de vida de los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

9. ¿Se relaciona la calidad de vida con el nivel de conocimiento sobre la diabetes en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

10. ¿Se relaciona la calidad de vida con los años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

11. ¿Se relaciona la calidad de vida con la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

12. ¿Se relaciona la Hemoglobina Glicosilada con la calidad de vida de los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo?

IV. MARCO TEÓRICO

La calidad de vida, es un tema que ha estado presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles); sin embargo, la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI (4).

En consecuencia, la calidad de vida se define como, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Arostegui 1998) (7). Por otro lado, la calidad de vida puede también traducirse en términos de bienestar subjetivo, que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual (Schwartzmann, 2003) (8).

La OMS (1994) la define como: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (9).

La UNESCO (1977 a) define el concepto de Calidad de Vida desde dos puntos de vista: el primero conceptualiza la calidad de vida como “el sentimiento de estar contento, feliz o satisfecho con aquellos elementos vitales que son importante para la persona así como el sentimiento de estar satisfecho con lo que uno ha llegado a ser como persona, no momentáneamente sino, a largo plazo. El segundo concepto es el de la totalidad de condiciones en las que la gente vive, evaluada en base a la observación de hechos objetivos acerca de la vida de la gente (10).

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), surge como un concepto que hace referencia a las valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo aspectos tanto físicos, psicológicos y sociales (7).

Según Patrick y Erickson (1993) CVRS es el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento médico o la política de salud (10).

En tanto, para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (7).

La calidad de vida según el instrumento SF36 incluye las siguientes dimensiones y sus respectivas definiciones: (11)

1. Función física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor al deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la casa.
4. Salud General: Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud a futuro y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Entre las múltiples causas que pueden disminuir la calidad de vida se encuentran las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNTs), que constituyen un problema creciente en la salud mundial. Este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países entre los que destacan el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición de un modelo de vida occidental (12).

Es así como la OMS define las Enfermedades Crónicas como: enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes (13).

De acuerdo a lo anterior, estas enfermedades amenazan el desarrollo social y económico, la vida y salud de millones de personas. El 2005, aproximadamente 35 millones de personas fallecieron de enfermedades crónicas; de las cuales la mitad era de sexo femenino y de menos de 70 años de edad, esta cifra dobla el número de muertes de todas las enfermedades infecciosas, condiciones maternas y perinatales, y deficiencias nutricionales combinados (13-14).

Es por ello que, Chile no está ajeno a esta situación y muestra en la actualidad un perfil epidemiológico semejante al de países con mayor desarrollo, evidenciando la alta prevalencia de ECNTs y sus factores de riesgo a través de estudios realizados, entre los que destaca el estudio CARMEN, la encuesta nacional de

calidad de vida y salud del Ministerio de Salud y más recientemente la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada por la Pontificia Universidad Católica en el año 2003. Estas enfermedades determinan un alto costo personal, familiar y social, siendo responsables de significativas pérdidas económicas, relacionadas con el costo directo de cuidados médicos, así como el costo indirecto derivado de la pérdida de productividad (12).

Siendo la Diabetes Mellitus (DM) una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países (2).

En el año 2000, se estimó que más de 35 millones de personas sufren de DM en nuestro continente. El 54% corresponde a América Latina y el Caribe (ALC), con una proyección de 64 millones al 2025, elevándose a un 62% en nuestra región (2).

Por otro lado, la expectativa de vida en Chile ascendió a 80 años en mujeres y 73 años en los hombres, con un 11,4% mayores de 65 años, siendo una de las más altas de ALC; por tanto, nuestro sistema sanitario requiere adaptarse a la carga de enfermedad que constituye la DM y diseñar estrategias con efectividad en las intervenciones a lo largo del ciclo vital, focalizándose en la población de mayor riesgo (2).

Debido a la situación evidenciada anteriormente, en el año 2002 nace el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), siendo una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares (ECVs). Este programa corresponde a un producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes (DM), cuyo principal cambio fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular (CV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada (15).

En el año 2003 la prevalencia global de Diabetes Mellitus tipo 2 en el país según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), fue de 6.3% correspondiendo a ± 700.000 habitantes. Es así como en el año 2010 se observa un aumento considerable de la población diabética con una prevalencia del 9,4%, afectando así a 1.200.000 personas aproximadamente, de las cuales el 8,4% corresponde a hombres y el 10,4% a mujeres. Además se puede identificar que el nivel de conocimiento sobre la patología es mayor en las mujeres, alcanzando un 84.07% frente a los hombres con un 71,32% (nbv) (4).

Durante el 2005 se instaura en el país el plan AUGE, dando cobertura a 25 patologías entre ellas la Diabetes Mellitus tipo I y II, con ello se garantiza que si existe indicio de diabetes tipo dos, el usuario será evaluado/a dentro de 45 días a partir de la sospecha por un médico del CESFAM. El usuario con diagnóstico confirmado tendrá acceso a una evaluación integral por médico, enfermera/o y nutricionista, además de una serie de exámenes de control (16).

Dentro de las 24 horas el usuario con Diabetes Mellitus tipo II confirmada tendrá garantizado el tratamiento, el que puede ser, con o sin medicamentos. Aquellos usuarios en tratamiento con insulina, en control con especialista y con indicación médica tendrán acceso a un medidor de glicemia y a los insumos para el autocontrol. Los usuarios con úlceras en los pies tendrán acceso a curación avanzada de heridas. Finalmente si es necesario el usuario tendrá acceso a atención con un médico especialista dentro de 90 días desde solicitada la interconsulta (16).

En relación al término *diabetes*, este deriva del vocabulario griego que significa “pasar a través de” y el término *mellitus* deriva del vocablo latino que significa “miel” o “dulce”, las primeras comunicaciones de esta enfermedad datan del primer siglo d.c cuando se observan en una persona intensa sed y la excreción abundante de una orina dulce como la miel. El descubrimiento de la insulina por

banting best en 1922, transformo esta enfermedad previamente fatal en un trastorno crónico tratable (17).

Según la OMS La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglicemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (18).

Esta enfermedad se clasifica principalmente en:

Diabetes Mellitus tipo 1:

Generalmente se diagnostica en la infancia, pero muchos usuarios reciben el diagnóstico cuando tienen más de 20 años.

Se caracteriza por destrucción de las células beta pancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena (17 -19).

Diabetes Mellitus tipo 2:

Es la más frecuente, observándose una condición heterogénea que se acompaña de hiperglicemia asociada con deficiencia de insulina relativa. A diferencia de la diabetes tipo 1, en la cual hay deficiencia de insulina absoluta, la diabetes tipo 2 puede asociarse con niveles séricos de insulina elevados, normales o reducidos. En consecuencia, la diabetes tipo 2 es una alteración tanto de la cantidad de insulina (disfunción de las células beta) como de la función de la hormona (resistencia a la insulina).

La mayoría de los usuarios con diabetes tipo 2 son de mayor edad y presentan sobrepeso; sin embargo, la diabetes tipo 2 se está observando con frecuencia creciente entre los adolescentes obesos (17).

Para el diagnóstico de Diabetes Mellitus se consideran los siguientes criterios:

- Síntomas clásicos de diabetes y una glicemia en cualquier momento del día y sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida mayor o igual a 200 mg/dl.
- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una PTGO.

El diagnóstico de DM debe confirmarse con un segundo examen alterado en un día diferente (2).

Una vez realizado el diagnóstico, la calidad de vida del usuario podría verse disminuida considerablemente dependiendo del grado de autocuidado y el tiempo de exposición a la patología, llegando a enfrentarse a complicaciones tales como:

Complicaciones agudas:

- Cetoacidosis diabética
- Estado hiperglucémico hiperosmolar
- Hipoglicemia

Complicaciones crónicas:

- Nefropatía diabética
- Retinopatía diabética
- Neuropatía periférica
- Macrocirculatorias (cardiopatía coronaria, ACV, enfermedad vascular periférica) (17).

Para evitar que aparezcan algunas de estas complicaciones se plantea como objetivo fundamental el control glicémico en ambos tipos de diabetes. El MINSAL ha establecido como meta terapéutica una glicemia en ayuna <110 mg/dl y una

hemoglobina glicosilada (HbAc1) <7%, siendo esta última la más fidedigna, ya que puede dar un buen cálculo aproximado de que tan bien se ha manejado la diabetes durante los últimos 2 o 3 meses (20).

A raíz de las diferentes complicaciones mencionadas, esta enfermedad puede desencadenar un alto costo económico, social y emocional siendo este último el que presenta mayor predominio ya que exige muchos cuidados y un esfuerzo permanente en cuanto al régimen de vida, el autocontrol frecuente de la glicemia, la administración de fármacos, las posibles discriminaciones personales y laborales, pudiendo resultar todo esto bastante abrumador. Por lo tanto, la red de apoyo con que cuenta el usuario se vuelve fundamental para sobrellevar la diabetes (21).

Para ello, existe un enfoque terapéutico que comprende la terapia nutricional, un plan de ejercicio y el uso de fármacos hipoglicemiantes. Los usuarios con diabetes tipo 1 requieren de administración de insulina a partir del momento en que se establece el diagnóstico. La pérdida de peso y el manejo dietario pueden ser suficientes para controlar la glicemia en los portadores de diabetes tipo 2 (17 -20).

Para dar sustento teórico a este estudio, es importante destacar que la enfermería por ser una ciencia, se fundamenta en una base teórica, en modelos y teorías que guíen su actuar, lo que permite el fortalecimiento de su autonomía en el quehacer profesional. Por lo tanto, en esta investigación que será realizada a usuarios diabéticos no insulino dependientes se aplicará el modelo de Virginia Henderson y algunas de sus 14 necesidades, las que abordan al usuario en distintas dimensiones.

El modelo de Virginia Henderson considera al usuario como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia, se basaba en que la práctica de enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación

de la enfermera como una síntesis de muchas influencias, su modelo se basó en: Piaget, Erikson y Maslow (22).

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería, e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, estableció 3 niveles de relaciones enfermera-paciente en la que la enfermera actúa como sustituta, colaboradora y compañera del paciente. Favoreciendo la comprensión empática afirmando que la enfermera debe "meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué necesitan" (22).

Virginia Henderson, define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible" (23).

Según lo mencionado en esta definición se concuerda en que la persona en este caso con diabetes no insulino dependiente, trate de llevar una vida mucho más libre y austera pudiendo ser partícipe de su propio tratamiento de forma más integra, ya que el modelo afirma que la persona y la familia actuarían como agentes de sus propios cuidados, priorizando la salud preventiva sobre la curativa otorgando una participación tanto del usuario, familia y comunidad en lo que son las metas de salud y mejorando la calidad de vida de estos.

De acuerdo al fundamento anterior, es necesario sustentar este estudio en base al modelo de Virginia Henderson, el cual logra abordar de manera holística al usuario, en donde el enfermero(a) debe valorar las 14 necesidades para luego orientar los cuidados que serán proporcionados, con el objetivo de conformar un ser integral e independiente, manteniendo o recuperando su calidad de vida en

sus diferentes dimensiones y permitiendo a la persona tener una mejor percepción de ésta.

En consecuencia, se observarán las que se relacionan con las variables independientes y dependiente, siendo estas:

- Movimiento y postura adecuada
- Sueño y descanso
- Comunicación
- Realización- ocio- recrearse
- Aprender

V. MARCO EMPÍRICO

Para poder sustentar la investigación, se han considerado estudios de otros países con sus respectivos autores, debido a que no ha sido posible encontrar algún estudio realizado en Chile similar a éste. Por lo tanto, se han contemplado de los siguientes estudios algunas variables de interés que tienen relación con las de ésta investigación.

La investigación realizada por: Gómez-Vela, María y cols. del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España 2002, en su estudio: “Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica”, hacen hincapié sobre el interés por la Calidad de Vida (CV) existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comenzó a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse actualmente en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido en aumento progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico (7).

Es así que en el estudio realizado por F. J. Mena Martín y cols., en España durante el año 2006, en su trabajo llamado: “Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud”, estudio de corte transversal descriptivo, realizado en el área sanitaria de del Hospital Universitario del Río Hortega Valladolid en el Servicio de medicina. Se analizó una muestra final de 495 personas, representativa de la población general. La CVRS se valoró con el Short-Form 36 (SF-36).

De los resultados se obtuvo que usuarios con Diabetes Mellitus presentaron menor puntuación en las áreas de la función física, dolor corporal, salud general y vitalidad del SF-36, también aquellos diabéticos con tensión arterial sistólica,

índice de masa corporal y hemoglobina glicosilada se correlacionaban negativamente con algunas escalas del SF-36. Hipertensión, obesidad y mal control glicémico se asocian en estos enfermos a un peor estado subjetivo de salud. Usuarios con DM presentan una peor CVRS específicamente en las dimensiones físicas, y salud mental. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era de $9,25 \pm 8,67$ años, con un valor medio de HbA_{1c} de $7,8 \pm 1,7\%$. (8).

Por otro lado, en la investigación realizada por: Velia M. Cárdenas Villarreal y cols., realizado en México, en la Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, en el año 2005, en su trabajo: Calidad de Vida del paciente con diabetes Mellitus Tipo 2, estudio de tipo descriptivo en el que se estudiaron 137 usuarios diabéticos tipo 2 atendidos en un primer nivel de atención, se aplicó el instrumento de calidad de vida (DQOL). Este reportó una media de 64 (intervalo de 0-100), la subescala mas afectada fue satisfacción con el tratamiento, y la menos afectada fue impacto de la diabetes.

Presentaron mayor CV las personas del sexo masculino, con mayor escolaridad, que llevan dieta y ejercicio como tratamiento médico y niveles normales de HbA_{1c} (6).

En otro estudio realizado por: Víctor Manuel González-Torres y cols., realizado en México, durante el año 2009, en su tema "Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar". Corresponde a un estudio de casos y controles. Se evaluó la calidad de vida con las viñetas COOP-WONCA y el apoyo familiar con instrumento validado. En sus resultados se observó que el grupo casos (con calidad de vida) 16 tienen redes de apoyo familiar y dos no, el grupo control (sin calidad de vida) cuatro contaban con redes de apoyo familiar y 14 no. Los pacientes con redes de apoyo familiar 72.2 % (13/18) lo reciben de la esposa y 27.8 % (5/18) de la hija mayor.

Algunas de sus conclusiones fueron que; los diabéticos tipo 2 que cuentan con redes de apoyo familiar tienen mayor calidad de vida. Los varones reciben más apoyo familiar que las mujeres y lo reciben de una mujer (24).

Contrariamente a los estudios anteriores, el realizado por: Stefano Vinaccia; Hamilton Fernández y cols. en la Universidades de San Buenaventura, Santo Tomás y Antioquia, Colombia, en el año 2006, en su tema “Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional de tipo transversal, la muestra no probabilística, estuvo compuesta por 74 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 45 y 65 años de edad, con diagnóstico diferencial de Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependientes. Dentro de sus resultados: el 54,1%, fueron mujeres y el 45,9% hombres. La mitad de la muestra estuvo constituida por personas entre los 45 y los 58 años, la otra mitad entre los 59 y 65 años. A nivel descriptivo el SF36 permitió observar claramente que la calidad de vida de los pacientes diabéticos no insulino dependientes se ve deteriorada en todas las dimensiones, un 64,9% presentan algún grado de limitación para realizar sus actividades físicas cotidianas, un 30% consideró que su salud había empeorado con respecto al año anterior(25).

Otro estudio que apoya esta investigación es el realizado por: Arturo Árcega Domínguez y cols. del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de México, en el año 2005 en su tema “Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes”. Corresponde a un estudio de tipo transversal, realizado en una clínica de medicina familiar del Seguro Social. La calidad de vida se evaluó con una escala global verbal. Se evaluaron variables clínicas tales como: tipo de diabetes, tiempo de evolución, tipo de tratamiento, enfermedades asociadas, complicaciones y el control metabólico. Las variables psicosociales estudiadas fueron: el conocimiento de la enfermedad, el apego al tratamiento, las formas de contender con la enfermedad, el impacto emocional producido por la misma y el apoyo social. Fueron entrevistados 173 pacientes (73% mujeres), con un promedio de edad de 50.5 años para las mujeres y 51.5 para los hombres. La mayoría (95%) tenía diabetes tipo 2. Se determinó la relación entre las variables estudiadas y la calidad de vida. En el análisis bivariado se encontró que las

mujeres tenían significativamente una menor calidad de vida (62.8 vs. 69.5). De los factores sociales, el nivel socioeconómico, el apoyo social y tener una pareja, correlacionaron positivamente con la calidad de vida. De los factores psicológicos, las formas de contención (evitación y resignación), el rechazo a la enfermedad y el impacto emocional correlacionaron negativamente con la calidad de vida (26)

Mientras que en la investigación de A. Hervás y cols., España, en el año 2007, en su tema, “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, se realizó un estudio observacional, donde se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple (n=95) del universo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2. Se valoró la Calidad de vida relacionada con la salud a través de los cuestionarios genéricos SF-36 y EQ-5D; a su vez este, realizó una comparación con las muestras de población general realizadas en España (SF-36), población general y >65 años de Navarra y población diabética española (EQ-5D). Dentro de sus resultados, los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36: función física, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional. Comparando los datos con la población general >60 años, sólo dos conceptos de salud, la salud general y rol emocional están igualados a los valores de referencia. Dentro de sus conclusiones, este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (27).

Ahora bien, en el trabajo realizado por la Dra. Belkis y cols., Cuba 2008, en su tema “Calidad de vida en el paciente diabético”. Realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Centro de Atención y Educación al Diabético en los períodos comprendidos entre diciembre de 2006 y febrero de 2007. El universo estuvo integrado por 148 pacientes diabéticos tipo 2 que recibieron ingreso ambulatorio en dicha institución. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, años de evolución, enfermedades asociadas y evaluación nutricional según índice

de masa corporal. La calidad de vida se valoró mediante la aplicación del cuestionario del perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. Dentro de sus resultados, existió un predominio del sexo femenino (66,8 %) sobre el masculino (33,1 %); el mayor número de pacientes estaba entre 40 y 59 años. Al relacionar los años de evolución de la enfermedad con la calidad de vida se destacó el grupo de pacientes con 0 – 4 años de evolución de la enfermedad con un 49,3 % y una buena CV, en contraposición a este los pacientes diabéticos con más de 20 años de evolución presentan mayor deterioro de la CV, lo cual está en correspondencia con la aparición de complicaciones que son atribuibles a la DM., los obesos y los que padecen de enfermedad vascular periférica. No obstante en su percepción general solo manifestaron un estado de ánimo negativo en relación con la enfermedad (28).

Por otro lado, en el trabajo realizado por L. Larrañaga y cols., en su tema, “Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos”, realizado en el año 2007, España (Vasco).

Para medir la calidad de vida se utilizó en cuestionario SF-36. La muestra estudiada fueron las 6.187 personas mayores de 30 años con datos de CVRS de la ESCAV. De esta muestra se seleccionaron los 302 pacientes diabéticos.

Los resultados obtenidos fueron que: entre las características de la población diabética, indican que del total de pacientes diabéticos, el 53% eran mujeres, así mismo, las mujeres referían peor calidad de vida que los hombres en todas las dimensiones del SF-36, siendo las diferencias estadísticamente significativas en 6 de las 8 subescalas. La dimensión de Salud General obtuvo la puntuación más baja en ambos sexos (peor calidad), pero la mayor diferencia de puntuación entre hombres y mujeres se observó en la subescala del Rol Emocional, donde la puntuación media referida por las mujeres era 10,4 puntos menor que la referida por los hombres; en segundo lugar se situaba el Dolor Corporal con una diferencia de 9,8 puntos (29).

En el estudio de R. Gómez-Navarro y cols., en su tema “Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria” realizado en el año 2008 en el Centro de Salud Teruel Rural. España.

Estudio de tipo descriptivo transversal se realizó a través de cuestionario de viñetas COOP/WONCA y de evaluación de cumplimiento de criterios de control, se estudiaron 98 pacientes con edad media de $72,9 \pm 9,9$ años. El 44,8% obtenían una puntuación total en el cuestionario < 15 . En la dimensión “estado de salud” el 64,2% la catalogaron entre buena y excelente. Casi el 70% no sentían limitación física o emocional para sus actividades sociales. El 42,9% no habían tenido dolor en las 2 semanas previas. El 57,1% no tenían dificultad al realizar actividades o tareas habituales. El 55% declaran que sólo pueden realizar actividad física ligera o muy ligera durante 2 min, el 50% presentaba hemoglobina (Hb A1c) $< 7\%$.

No se halló asociación entre la puntuación total del cuestionario y la edad, el número de enfermedades acompañantes a la DM o el número de criterios de control cumplidos, ni diferencias entre las medias de puntuación total del cuestionario y el sexo del paciente (30).

Por otra parte en la investigación de Herrera Díaz y cols., en su tema “Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2” en el año 2008, Venezuela. Estudio cuya finalidad fue determinar la funcionalidad familiar, red de apoyo y su relación con los niveles de glicemia. Se aplicó el cuestionario de APGAR FAMILIAR y el cuestionario de MOS de apoyo social, la edad promedio fue de 54 años, con predominio del sexo femenino, la mayoría casados, estudiaron hasta sexto grado y pertenecen a la clase obrera. El tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor de 15 años. La cuarta parte de los pacientes se encuentra en una etapa de dispersión e independencia. La enfermedad se inicio tempranamente en la etapa de adulto joven, con una evolución de 12 a 16 años en los grupos de 65 y más años. Más de las tres cuartas partes tenía buena red de apoyo. Hubo una relación estadísticamente significativa entre edad, tiempo de evolución de la diabetes, control de glicemia y red de apoyo social (31).

Ahora bien para avalar los resultados del presente estudio el de José Guadalupe Salazar Estrada y cols., México (2007), en su tema “Calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara”. Estudio comparativo, muestra no probalística, 50 personas con Diabetes tipo 2 y 100 sin Diabetes, edades entre 45 a 65 años, cuyo objetivo fue comparar la calidad de vida en adultos con y sin Diabetes. De acuerdo a sus resultados concluye que existen diferencias significativas en relación a la ocupación y calidad de vida (32).

También en el estudio de Heloisa Turcatto Gimenes y cols., en su tema: “Factores Relacionados a la adhesión del paciente diabético a la terapéutica medicamentosa”, realizado en Brasil en el año 2009. El estudio determinó la adhesión del paciente diabético a la terapia medicamentosa, participaron 46 diabéticos, los resultados mostraron que la adhesión del paciente diabético al tratamiento medicamentoso, fue de 78,3%. Se concluye que, al considerar que la prevalencia de la adhesión obtenida en el presente estudio estuvo por debajo de la recomendada en la literatura y frente a la vigencia del mal control de la glucemia y de la supuesta falencia en el esquema terapéutico, se urgente que los profesionales de la salud reconozcan la importancia de evaluar la adhesión de los pacientes diabéticos, al tratamiento medicamentoso para controlarla diabetes (33).

Por otra parte Noda Milla Julio Roberto y cols., en su tema “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales”, realizado en Lima Perú, en el 2008. Estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se realizaron entrevistas individuales, se recogieron de las historias clínicas: datos demográficos, complicaciones y tratamiento para contrastarlas con las respuestas dadas. Se incluyeron 31 pacientes, la edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación

estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas (34).

Mientras que, Noe Alfaro Alfaro y cols., en su tema “Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2”, realizado en el año 2006, Guadalajara; México.

Estudio de tipo transversal, compuesto por 150 voluntarios (de sesenta años o más), con diabetes mellitus 2, con determinación de glucosa sanguínea durante el último mes y que cumplieron los requisitos de inclusión. La información fue recolectada por cuestionarios demográficos, control de glucosa y calidad de vida. Se agruparon las características sociodemográficas junto con el control de glicémia y autopercepción de calidad de vida. Se encontró que más de la mitad perciben buena calidad de vida, en familias extensas; los compensados viven en familias nucleares, reciben apoyo y refieren satisfacción (35).

Ahora la investigación de Tatiana de Sá Novato y cols., Brasil (2007) en su tema, “Calidad de vida y autoestima de adolescentes con diabetes mellitus”. En este estudio participaron 124 adolescentes con DM1, con edades comprendidas entre 12 y 18 años, los cuales respondieron a los instrumentos, validados para el Brasil, de Autoestima y de calidad de Vida para jóvenes con Diabetes, mientras aguardaban la consulta médica. Sus Resultados mostraron que los jóvenes evaluaron la calidad de vida y la autoestima positivamente, ambos conceptos estuvieron relacionados positivamente (36).

Relacionado directamente con el estudio se encuentra también el descrito por Alfonso Urzúa M. Chile, (2008) “Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas”. Estudio con base en un diseño transversal, se evaluó la calidad de vida y su relación con factores biopsicosociales en 240 participantes, 120 de los cuales vivían con una patología médica crónica prevalente en Atención Primaria de Salud.

Dentro de sus resultados, señala que calidad de vida y la autoestima, es estadísticamente significativa. Además, destaca que dada la puntuación del

cuestionario, aunque la relación sea inversa, a mayor autoestima mayor será la calidad de vida reportada (37).

Finalmente el estudio realizado por Romero Massa Elizabeth y cols., en el estudio “Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en Cartagena, Colombia”, realizado en el año 2010. Corresponde a un estudio descriptivo con una muestra de 315 pacientes de tres instituciones públicas y privadas de salud distribuidas de manera proporcional en cada una de estas. Se utilizó el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud, el análisis estadístico se realizó en Microsoft Excel. Los resultados indicaron que el 62,2% (196) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes son en salud mental 86,0% (271), rol emocional 68,3% (215) y vitalidad 75,9% (239). Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40, 3% (127) y 37,5% (118) respectivamente (38).

VI. PROPÓSITO

Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.

VII. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General I

Describir factores sociodemográficos en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar la edad en adultos diabéticos no Insulino dependientes.
- 2.- Identificar el género en adultos diabéticos no Insulino dependientes.
- 3.- Identificar la condición de pareja en adultos diabéticos no Insulino dependientes.
- 4.- Determinar el apoyo brindado por la pareja en adultos diabéticos.
- 5.- Identificar la situación laboral en adultos diabéticos no insulino dependientes.
- 6.- Determinar el nivel educacional en adultos diabéticos no insulino dependientes.

Objetivo General II

Describir factores psicosociales en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar nivel de autoestima en adultos diabéticos no insulino dependientes.
- 2.- Determinar funcionamiento familiar en adultos diabéticos no insulino dependientes.

Objetivo General III

Describir otros factores propios de la salud en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar el nivel de conocimiento sobre la patología en adultos diabéticos no insulino dependientes.

2.-Determinar los años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes de los adultos no insulino dependientes.

3.- Identificar la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos diabéticos no insulino dependiente.

4.- Identificar los niveles de hemoglobina Glicosilada en adultos diabéticos no insulino dependientes.

Objetivo General IV

Determinar la calidad de vida y sus dimensiones más afectadas en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

2. Identificar las dimensiones de la calidad de vida más afectadas en los adultos diabéticos no insulino dependiente del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivo General V

Asociar la calidad de vida con factores sociodemográficos en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

1. Relacionar calidad de vida según edad en adultos diabéticos no insulino dependientes.

2. Identificar calidad de vida según género en adultos diabéticos no insulino dependientes.

3. Relacionar calidad de vida según condición de pareja en adultos diabéticos no insulino dependientes.

4. Relacionar calidad de vida según apoyo brindado por la pareja en adultos diabéticos no insulino dependientes.
5. Conocer calidad de vida según situación laboral en adultos diabéticos no insulino dependientes.
6. Identificar calidad de vida según nivel de escolaridad en adultos diabéticos no insulino dependientes.

Objetivo General VI

Asociar calidad de vida con factores psicosociales en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Conocer calidad de vida según nivel de autoestima en adultos diabéticos no insulino dependientes.
- 2.- Analizar calidad de vida según funcionamiento familiar en adultos diabéticos no insulino dependientes.

Objetivo General VII

Asociar calidad de vida según otros factores propios de la salud en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

Objetivos Específicos:

- 1.- Relacionar calidad de vida según nivel de conocimiento sobre la patología en adultos diabéticos no insulino dependientes.
- 2.- Conocer calidad de vida según años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes de los adultos no insulino dependientes.
- 3.- Relacionar calidad de vida según adherencia al tratamiento farmacológico en adultos diabéticos no insulino dependientes.
- 4.- Identificar calidad de vida según niveles de hemoglobina Glicosilada en adultos diabéticos no insulino dependientes.

VIII. HIPÓTESIS

Los usuarios diabéticos no insulino dependientes sin condición de pareja, varones y personas con baja autoestima tendrán peor calidad de vida.

IX. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente:

- Calidad de vida

Variables independientes:

A.- Factores Sociodemográficos

1. Edad de los usuarios diabéticos no insulino dependientes.
2. Género de los usuarios diabéticos no insulino dependientes.
3. Condición de pareja en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
4. Apoyo brindado por su pareja en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
5. Situación laboral en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
6. Nivel de escolaridad en usuarios diabéticos no insulino dependientes.

B.- Factores Psicosociales

1. Nivel de autoestima del los usuarios diabéticos no insulino dependientes.
2. Funcionamiento familiar de los usuarios diabéticos no insulino dependientes.

C.- Variables Propias de la Salud

1. Nivel de conocimiento sobre la diabetes en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
2. Años transcurridos desde el diagnóstico en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
3. Adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios diabéticos no insulino dependientes.
4. Valor de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) en usuarios diabéticos no insulino dependientes.

X. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

10.1 Tipo de Diseño

Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal.

10.2 Universo y Muestra

El universo de la presente investigación fue de 74 usuarios diabéticos no insulino dependientes de ambos sexos entre 20 y 64 años del CESFAM, Federico Puga Borne, Chillán Viejo, Chile.

Criterios de Inclusión

- Adultos entre 20 y 64 años de edad.
- Diabetes Mellitus 2 No insulino dependientes puros.

Criterios de Exclusión

- Usuarios que padezcan problemas mentales y/o del Sistema Nervioso Central que dificulten la capacidad de comprensión de las encuestas (Síndrome de Down, secuela de accidente vascular encefálico (Disartria severa), disminución de la agudeza auditiva, ceguera, Alzheimer, Esquizofrenia).

10.3 Unidad de Análisis

Usuarios Diabéticos No insulino dependientes inscritos al programa cardiovascular del CESFAM Federico Puga Borne.

10.4 Aspectos Éticos

En el mes de diciembre 2010 se solicitó a Escuela de Enfermería de la Universidad del Bio Bio una carta firmada por directora de escuela, que posteriormente se entregó personalmente a Directora y Enfermera encargada del Programa Cardiovascular del CESFAM Federico Puga Borne, Chillán Viejo, con la finalidad de acceder a tarjeteros y cuantificar la cantidad de usuarios que hayan presentado todos los criterios de inclusión. Esta misma actividad se llevó a cabo

en el mes de Abril 2011 con la finalidad de actualizar la población de los sujetos en estudio y además acceder al nombre completo, dirección, fecha de diagnóstico diabetes, fecha de nacimiento, valor de hemoglobina glicosilada y número telefónico.

Con el objetivo de aplicar los instrumentos, a cada usuario contactado se le entregó un consentimiento informado por escrito en el cual se menciona en primer lugar el propósito, la identificación del encuestador y método de recolección de los datos a través de la aplicación de un cuestionario. En una segunda instancia, el consentimiento relata el carácter voluntario, anónimo y confidencial respecto a la información entregada, pudiendo el sujeto rechazar o abandonar el estudio sin dar razones de su decisión. Se entenderá por aceptado su consentimiento cuando haya leído, comprendido y firmado el documento, o en su defecto, por huella digital, cuando corresponda.

10.5 Procedimiento para Recolección de Datos

Una vez obtenida la información a través de los tarjeteros de control se agruparon las direcciones y se dio inicio a las visitas domiciliarias, las cuales se realizaron durante mañana y tarde con el fin de poder encontrar en sus hogares a los usuarios. Una vez ubicada la persona, los entrevistadores se presentaron, dando a conocer el motivo de la visita y el consentimiento informado, luego de aceptar la realización de la encuesta se procedió a recolectar la información a través de 4 instrumentos aplicados por los autores, con una duración de 20 minutos aproximadamente durante los meses de abril y mayo del año 2011.

10.6 Descripción Instrumento Recolector

Los instrumentos aplicados para la unidad de análisis, consta de 4 partes. La primera parte estuvo constituida por un cuestionario de antecedentes generales creado por los investigadores para la recolección de variables sociodemográficas del usuario, psicosociales y de estratificación, consta de 10 items de selección múltiple (anexo 16.2).

La segunda parte se utilizó la escala de autoestima de Morris Rosenberg (1965), que mide la valoración que hace la persona de sí misma, examinando cómo la estructura social influye en la autoestima. La escala estuvo diseñada con 10 ítems con formato de respuesta del tipo likert de 1 a 4 puntos, con preguntas que se puntúan inversamente, resultando una escala de 10 a 40 puntos. La mayor autoestima de la persona está representada por puntajes que van de 30 a 40 puntos (autoestima elevada), 26 a 29 puntos (autoestima media) y menor o igual a 25 puntos (autoestima baja) (39-40). Este instrumento se encuentra validado en Chile por Rojas-Barahona, Cristian; Zegers, Beatriz; Cols, en el año 2009 (41) (anexo 16.3).

La tercera parte estuvo constituida por el APGAR familiar, creado por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, el cual mide el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar, por medio de las dimensiones adaptabilidad, participación, desarrollo, capacidad de resolución y afectividad (42-43). Su versión original indica que puede ser autoadministrado por el mismo sujeto, pero para este trabajo el instrumento fue aplicado por el investigador. Sus resultados expresan tres categorías: de 0 a 3 puntos (mal), 4 a 6 puntos (moderado) y 7 a 10 puntos (bueno). Se encuentra validado en Chile por Ramón Florenzano y Colaboradores en el año 1987 (44), utilizándose en esta oportunidad la versión original (anexo 16.4).

La cuarta parte correspondió al cuestionario SF-36, diseñado por creado por Ware y Sherbourne en 1992 por el Medical Outcomes Study para medir percepción de calidad de vida relacionada con salud, en términos de funcionamiento físico y psicológico. Sus ítemes detectan tanto estados positivos como negativos de salud, evaluado a través de ocho dimensiones denominadas Función física (limitaciones físicas, pregunta 3), Rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias, pregunta 4), Dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades, preguntas 7 y 8), Salud general (valoración personal de la salud, preguntas 1 y 11), Función social (interferencia en la vida social habitual,

preguntas 6 y 10), Rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias, pregunta 5), Salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, pregunta 9 b,c,d,f y h), Vitalidad (sentimiento de energía, pregunta 9 a,e,g,i) y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100 al igual que en todas sus dimensiones, considerando mayor o igual a 50 puntos, mejor calidad de vida y menor a 50 puntos, peor calidad de vida (11-45) (anexo 16.5).

Los 4 instrumentos de recolección de datos anteriormente señalados fueron sometidos a revisión por una enfermera ligada a la salud pública, una enfermera docente de la Universidad del Bio Bio, un profesor de Lenguaje y Comunicación y finalmente una enfermera coordinadora de sector 1 del CESFAM Violeta Parra. Luego de las sugerencias entregadas por los distintos profesionales, se realizaron modificaciones gramaticales en: la escala de autoestima, en la pregunta número 9 y 11 del cuestionario SF-36, con la finalidad de mejorar la comprensión de los entrevistados.

10. 7 Prueba Piloto

El objetivo de la prueba piloto fue estandarizar protocolos de aplicación a través del entrenamiento de los encuestadores, calcular el tiempo promedio que se va a invertir para entrevistar a cada usuario, y detectar posibles inconsistencias gramaticales y de comprensión de los ítems del instrumento recolector.

Para ello, se seleccionó el CESFAM Violeta Parra de Chillan para la aplicación de la prueba piloto en el mes de abril del 2011, solicitando la autorización correspondiente a Directora y Enfermera Supervisora y Coordinadora de dicho establecimiento, a través de una carta de solicitud emitida por la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bio Bio. Se seleccionó aleatoriamente a 10 usuarios diabéticos no insulino dependientes con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, del sector 1 del correspondiente CESFAM.

Al finalizar la aplicación de la prueba, se decidió modificar parte de los instrumentos recolectores con el fin de facilitar la comprensión de las preguntas y se estandarizó el tiempo promedio de entrevista por usuario.

10.8 Procesamiento de los Datos

Luego del levantamiento de datos se procedió a la construcción de una matriz en el programa estadístico SPSS versión 17.0 con el objeto de describir las variables de naturaleza cuantitativa y cualitativa a través de análisis univariado y bivariado.

Para el caso de las variables cualitativas se dispusieron de tablas de frecuencias, las cuales contienen frecuencias observadas, relativas y porcentuales en el caso de las nominales y frecuencias acumuladas para el caso de las ordinales. Con el objeto de relacionar la variable dependiente respecto de las independientes, se construyeron tablas de contingencia asociadas al cálculo de la prueba de independencia (χ^2), V. de Cramer y coeficiente de Gamma con un nivel de significación del 5%.

XI. RESULTADOS

De los 74 diabéticos en estudio, 64 contestaron la entrevista conformando el 86,48%. El 13,5% restante corresponde a los no contestadores, alcanzando un total de 10 personas. En ningún caso hubo abandono del estudio.

Tabla 11.1

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según tramo de edad

TRAMOS DE EDAD	N	%
20 – 34 años	8	12,5
35 – 49 años	28	43,8
50 – 64 años	28	43,8
TOTAL	64	100,0

N (%)

FUENTE: Factores relacionados con la calidad de vida de los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo, Chile 2011.

La tabla 11.1 muestra que la edad de los sujetos se concentra en dos tramos entre 35 a 49 años y entre 50 a 64 con un 43,8% para ambos rangos, mientras que el 12,5% restante lo ocupa el rango de 20-34 años.

Tabla 11.2

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según género

GÉNERO	N	%
Femenino	41	64,1
Masculino	23	35,9
TOTAL	64	100,0

N (%)

FUENTE: Idem

En la tabla 11.2 se observa que de los diabéticos en estudio, el 64,1% lo representa el género femenino y el 35,9 % los del sexo opuesto.

Tabla 11.3

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según condición de pareja

CONDICIÓN DE PAREJA	N	%
Si	53	82,8
No	11	17,2
TOTAL	64	100,0
N (%)		FUENTE: Idem

La tabla 11.3 señala que el 82,8% relató presentar una pareja al momento del levantamiento de los datos.

Tabla 11.4

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según apoyo brindado por la pareja

APOYO BRINDADO POR LA PAREJA	N	%
Bueno	42	65,6
Regular	10	15,6
Malo	1	1,6
TOTAL	53	82,8
N (%)		FUENTE: Idem

La tabla 11.4 señala que el 65,6% de los sujetos en estudio indicó tener un buen apoyo de su pareja, el 15,6% indicó un apoyo regular y el 1,6% indicó mal apoyo.

Tabla 11.5

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según situación laboral

SITUACIÓN LABORAL	N	%
Trabajando	32	50,0
Cesante	6	9,4
Jubilado	5	7,8
Dueño (a) de casa	21	32,8
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.5 muestra que un 50% de los diabéticos en estudio relató estar trabajando, un 32,8% dueño (a) de casa, un 9,4% cesante, y un 7,8% jubilado.

Tabla 11.6

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según nivel escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD	N	%
Básica Incompleta	18	28,1
Básica Completa	16	25,0
Media Incompleta	8	12,5
Media Completa	16	25,0
Sup. Incompleta	0	0,0
Sup. Completa	6	9,4
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.6 indica que el 28,1% de los diabéticos en estudio indicó poseer escolaridad básica incompleta y el 25% básica completa. El 67,5% relató poseer escolaridad media completa o incompleta, y el 9,4% señaló presentar estudios superiores.

Tabla 11.7

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según nivel de autoestima

AUTOESTIMA	N	%
Autoestima Elevada	42	65,6
Autoestima Media	14	21,9
Autoestima Baja	8	12,5
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.7 señala que el 65,6% de los diabéticos fueron clasificados con una autoestima elevada, el 21,9% con autoestima media y el 12,5% con autoestima baja.

Tabla 11.8

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según función familiar

FUNCION FAMILIAR	N	%
Mal	8	12,5
Moderado	9	14,1
Bueno	47	73,4
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.8 indica que se clasificó al 73,4% de los diabéticos con buena función familiar, al 14,1% con una moderada función familiar y al 12,5% con mal función familiar.

Tabla 11.9

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según nivel de conocimiento sobre diabetes

CONOCIMIENTO DE DIABETES	N	%
Bastante	25	39,1
Regular	23	35,9
Poco	16	25,0
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.9 muestra que el 39,1% tiene bastante conocimiento de la enfermedad, el 35,9% tiene regular conocimiento sobre su enfermedad y el 25% relató saber poco.

Tabla 11.10

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según tiempo de diagnóstico

AÑOS DE DIAGNOSTICO	N	%
Menor o igual a 2,96 años	32	50,0
Mayor a 2,96 años	32	50,0
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.10 indica que el 50% señaló un tiempo de diagnóstico menor o igual a 2,96 años.

Tabla 11.11

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según tiempo en tratamiento

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	N	%
Sí	48	75,0
No	16	25,0
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.11 señala que el 75% manifiesta tener una adherencia al tratamiento farmacológico.

Tabla 11.12

Distribución de diabéticos no insulino dependientes según valor de Hemoglobina Glicosilada

HEMOLOBINA GLICOSILADA	N	%
Compensado	27	42,2
Descompensado	37	57,8
TOTAL	64	100,0

N (%) FUENTE: Idem

La tabla 11.12 indica que un 57,8% se encuentra descompensado, mientras que un 42,2% se encuentra compensado.

Tabla 11.13
Calidad de Vida según cuestionario SF-36

SF-36	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor Calidad de Vida	Mejor Calidad de Vida	
Usuarios	15(23,4)	49(76,6)	64 (100,0)

N (%)

FUENTE: Idem

La tabla 11.13 señala que de los 64 diabéticos en estudio un 23,4% presentó peor calidad de vida y un 76,6% presentó mejor calidad de vida.

Tabla 11.14
Calidad de Vida según dimensiones del cuestionario SF-36

DIMENSIONES	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Área más Afectada	Área menos Afectada	
Función Física	12(18,8)	52(81,3)	64(100,0)
Rol Físico	18(28,1)	46(71,9)	64(100,0)
Rol Emocional	20(31,3)	44(68,8)	64(100,0)
Dolor Corporal	24(37,5)	40(62,5)	64(100,0)
Vitalidad	17(26,6)	47(73,4)	64(100,0)
Salud Mental	18(28,1)	46(71,9)	64(100,0)
Función Social	10(15,6)	54(84,4)	64(100,0)
Salud General	42(65,6)	22(34,4)	64(100,0)

N (%)

FUENTE: Idem

La tabla 11.14 muestra que de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 estudiadas en los diabéticos, la dimensión más afectada fue la salud general, quien concentró el 65,6% de los sujetos en estudio. El resto de las dimensiones no se vieron afectadas considerablemente, encontrándose los mayores porcentajes en la función social con el 84,4% y en la función física con el 81,3%.

Tabla 11.15

Nivel de calidad de vida según tramos de edad en adultos diabéticos no insulino dependientes

TRAMOS DE EDAD	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
20 – 34 años	2 (13,3)	6 (12,2)	8 (12,5)
35 – 49 años	7 (46,7)	21 (42,9)	28 (43,8)
50 a 64 años	6 (40,0)	22 (44,9)	28 (43,8)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

Coeficiente de Gamma 0,081; p=0,751 FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.15 señala que en los sujetos entre 20 y 34 años, el 13,3% presentó peor calidad de vida y el 12,2% mejor calidad; entre 35 y 49 años, el 46,7% presentó peor calidad de vida y el 42,9% mejor, y entre 50 y 64 años, el 40% presentó peor calidad de vida y el 44,9% mejor calidad; no habiendo una relación significativa (p=0,751).

Tabla 11.16
 Nivel de calidad de vida según género en adultos diabéticos no insulino dependientes

GÉNERO	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Femenino	13 (86,7)	28 (57,1)	41 (64,1)
Masculino	2 (13,3)	21 (42,9)	23 (35,9)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

$\chi^2 = 4,348$ (1gl), $p=0,037$ FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.16 muestra que el género femenino presentó una peor calidad de vida con un 86,7% y mejor calidad de vida con un 57,1%. En el caso del género masculino presentaron una peor calidad de vida con un 13,3% y 42,9% mejor calidad, existiendo una relación significativa entre calidad de vida y género con un *p-value* 0,037.

Tabla 11.17
 Nivel de calidad de vida según condición de pareja en adultos diabéticos no insulino dependientes

CONDICIÓN DE PAREJA	CALIDAD DE VIDA			TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	vida	
Sí	14 (93,3)	39 (79,6)		53 (82,8)
No	1 (6,7)	10 (20,4)		11 (17,2)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)		64 (100,0)

V. de Cramer 0,154; $p=0,217$ FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.17 indica que los individuos con pareja tienen una peor calidad de vida con un 93,3% y mejor calidad con un 79,6%; aquellos que no tienen pareja presentaron peor calidad de vida con un 6,7% y mejor calidad con un 20,4%, no relacionándose la calidad de vida con la condición de pareja con un *p-value* 0,217.

Tabla 11.18
 Nivel de calidad de vida según apoyo brindado por la pareja de los adultos diabéticos no insulino dependientes

APOYO BRINDADO POR PAREJA	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Bueno	8 (57,1)	34 (87,2)	42 (79,2)
Regular	6 (42,9)	4 (10,3)	10 (18,9)
Malo	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (1,9)
TOTAL	14 (100,0)	39 (100,0)	53 (100,0)

V. de Cramer 0,372; $p=0,026$ FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.18 muestra que los individuos que tienen buen apoyo brindado por la pareja presentaron una peor calidad de vida con un 57,1% y mejor calidad con un 87,2%; aquellos que tienen un regular apoyo presentaron una peor calidad de vida con un 42,9% y una mejor calidad con un 10,3% y los que tienen mal apoyo presentaron mejor calidad de vida con un 2,6%, asociándose significativamente la calidad de vida con el apoyo brindado por la pareja con una prueba de V. de Cramer 0,372 y un *p-value* 0,026.

Tabla 11.19

Nivel de calidad de vida según situación laboral en adultos diabéticos no insulino dependientes

SITUACIÓN LABORAL	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Trabajando	4 (26,7)	28 (57,1)	32 (50,0)
Cesante	0 (0,0)	6 (12,2)	6 (9,4)
Jubilado	2 (13,3)	3 (6,1)	5 (7,8)
Dueño (a) de casa	9 (60,0)	12 (24,5)	21 (32,8)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

V. de Cramer 0,378; $p=0,027$ FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.19 muestra que los personas que trabajan tienen una peor calidad de vida con un 26,7% y mejor calidad con un 57,1%; aquellos usuarios cesantes presentaron mejor calidad de vida con un 12,2%; los jubilados tuvieron una peor calidad de vida con un 13,3% y mejor con un 6,1%; y por último los dueños de casa presentaron peor calidad de vida con un 60% y mejor calidad con un 24,5%, asociándose significativamente calidad de vida y situación laboral mediante la prueba V. de Cramer 0,378 y un *p-value* 0,027.

Tabla 11.20
 Nivel de calidad de vida según nivel de escolaridad en adultos diabéticos no insulino dependientes

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Básica Incom.	5 (33,3)	13 (26,5)	18 (28,1)
Básica Completa	5 (33,3)	11 (22,4)	16 (25,0)
Media Incom.	0 (0,0)	8 (16,3)	8 (12,5)
Media Completa	4 (26,7)	12 (24,5)	16 (25,0)
Sup. Incompleta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sup. Completa	1 (6,7)	5 (10,2)	6 (9,4)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)
Coeficiente de Gamma 0,157; p=0,473			FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.20 indica que los individuos con escolaridad básica incompleta y completa presentaron la peor calidad alcanzando un 66,6% y mejor calidad de vida con un 48,9%, aquellos con escolaridad media incompleta y completa presentaron peor calidad de vida con un 26,7% y mejor calidad con un 40,8%, y los usuarios con escolaridad superior incompleta y completa presentaron una peor calidad de vida con un 6,7% y mejor calidad con un 10,2%, no asociándose la calidad de vida con la escolaridad con un p-value 0,473.

Tabla 11.21
 Nivel de calidad de vida según autoestima en adultos diabéticos no insulino dependientes

AUTOESTIMA	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
A. Elevada	4 (26,7)	38 (77,6)	42 (65,6)
A. Media	7 (46,7)	7 (14,3)	14 (21,9)
A. Baja	4 (26,7)	4 (8,2)	8 (12,5)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)
Coeficiente de Gamma 0,722; $p=0,001$			FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.21 muestra que los individuos con autoestima elevada tienen peor calidad de vida con un 26,7% y mejor calidad con un 77,6%, aquellos con autoestima media tienen peor calidad de vida con un 46,7% y mejor con un 14,3%, y los que presentaron autoestima baja tuvieron peor calidad de vida con un 26,7% y mejor calidad con un 8,2%, relacionándose la calidad de vida con el autoestima, con un coeficiente de Gamma 0,722 y un p -value 0,001 altamente significativo.

Tabla 11.22

Nivel de calidad de vida según función familiar en adultos diabéticos no insulino dependientes

FUNCIÓN FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Mal	5 (33,3)	3 (6,1)	8 (12,5)
Moderado	3 (20,0)	6 (12,2)	9 (14,1)
Bueno	7 (46,7)	40 (81,6)	47 (73,4)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)
Coeficiente de Gamma 0,659; $p=0,016$			FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.22 señala que los individuos que poseen un mal funcionamiento familiar presentaron una peor calidad de vida con un 33,3% y una mejor calidad con un 6,1%; aquellos que poseen un moderado funcionamiento familiar presentaron una peor calidad de vida con un 20% y mejor con un 12,2%; y los que presentaron un buen funcionamiento familiar tuvieron peor calidad de vida con 46,7% y mejor calidad con un 81,6%, asociándose significativamente la calidad de vida con la función familiar, con un Coeficiente de Gamma 0,659 y un *p-value* 0,016.

Tabla 11.23

Nivel de calidad de vida según conocimientos de la diabetes en adultos diabéticos no insulino dependientes

CONOCIMIENTO DE DIABETES	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Bastante	5 (33,3)	20 (40,8)	25 (39,9)
Regular	5 (33,3)	18 (36,7)	23 (35,9)
Poco	5 (33,3)	11 (22,4)	16 (25,0)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

V. de Cramer 0,108; p=0,689 FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.23 muestra que los individuos con bastante conocimiento de la diabetes presentaron peor calidad de vida con un 33,3% y mejor calidad con un 40,8%, aquellos con regular conocimiento presentaron una peor calidad de vida con un 33,3% y mejor calidad con un 36,7% y por último los que poseen poco conocimiento presentaron peor calidad de vida con un 33,3% y mejor calidad con un 22,4%, siendo la calidad de vida independiente del nivel de conocimiento con un p-value 0,689.

Tabla 11.24

Nivel de calidad de vida según tiempo de diagnóstico de diabetes en sujetos de estudio

AÑOS DE DIAGNOSTICO	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Menor o igual a 2,96 años	7 (46,7)	25 (51,0)	32 (50,0)
Mayor a 2,96 años	8 (53,3)	24 (49,0)	32 (50,0)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

$\chi^2 = 0,087$ (1gl), $p=0,768$ FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.24 señala que los sujetos de estudio con menor o igual a 2,96 años de diagnóstico tienen peor calidad de vida con un 46,7% y mejor calidad con un 51% y aquellos con más de 2,96 años de diagnóstico tienen peor calidad de vida con un 53,3% y mejor calidad con un 49%, no existiendo asociación entre calidad de vida y años de diagnóstico con un p-value 0,768.

Tabla 11.25

Nivel de calidad de vida según tiempo en tratamiento farmacológico en adultos diabéticos no insulino dependientes

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Sí	10 (66,7)	38 (77,6)	48 (75,0)
No	5 (33,3)	11 (22,4)	16 (25,0)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

V. de Cramer 0,106; p=0,394 FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.25 señala que los individuos que tienen una adherencia al tratamiento farmacológico presentan una peor calidad de vida con un 66,7% y una mejor calidad con un 7,6% y aquellos que no tienen una adherencia al tratamiento farmacológico presentan una peor calidad de vida con un 33,3% y una mejor calidad con un 22,4%, no relacionándose la calidad de vida con la adherencia al tratamiento farmacológico con un p-value 0,394.

Tabla 11.26

Nivel de calidad de vida según hemoglobina Glicosilada en adultos diabéticos no insulino dependientes

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Peor calidad de vida	Mejor calidad de vida	
Compensada	9 (60,0)	18 (36,7)	27 (42,2)
Descompensada	6 (40,0)	31 (63,3)	37 (57,8)
TOTAL	15 (100,0)	49 (100,0)	64 (100,0)

$\chi^2 = 2,549$ (1gl), p=0,11

FUENTE: Idem

N (%)

La tabla 11.26 indica que los individuos que tienen una hemoglobina glicosilada compensada tienen una peor calidad de vida con un 60% y una mejor calidad con un 36,7% y los usuarios con una hemoglobina glicosilada descompensada tienen una peor calidad de vida con un 40% y una mejor calidad con un 63,3%, siendo independiente la calidad de vida con la hemoglobina glicosilada con un p-value 0,11.

XII. DISCUSIÓN

En el estudio realizado a 64 usuarios diabéticos, no se observó sesgo de selección, debido a que se trabajó con la totalidad de la población determinada por los criterios de inclusión, permitiendo que todos los individuos tengan la misma probabilidad de ser incluidos en la investigación.

Otro sesgo que no se presentó, es el relacionado con la medición del observador, ya que para esto se realizó una prueba piloto con el objetivo de estandarizar la aplicación de la encuesta y modificar aquellas preguntas poco comprensibles para el usuario. Sin embargo, cada encuestador podría haber orientado la repuesta del sujeto en estudio para su mayor entendimiento. Es por esto, que para minimizar este error se estandarizaron los criterios en la forma de encuestar.

En relación al sesgo del observado, cabe la posibilidad que éste se haya presentado, debido a que la encuesta posee preguntas que al ser de percepción se vuelven subjetivas para cada individuo. Para disminuir este sesgo se utilizó un instrumento previamente validado y revisado por expertos, donde se hicieron las modificaciones correspondientes. Además, los encuestados podrían haber entregado una falsa respuesta con la finalidad de manifestar que sus cuidados y su estado de salud son buenos y así evitar que el encuestador emita un juicio al respecto. La metodología utilizada para minimizar este sesgo, es la utilización del consentimiento informado, en donde se da a conocer que los datos recopilados son de carácter confidencial, anónimo y que el resultado de la encuesta no afectará su atención de salud.

Por otro lado se presentó el sesgo de medición del instrumento, en el que se utilizó la versión validada de APGAR familiar y el SF-36 en otro país, lo que pudo afectar en la comprensión de los sujetos en estudio.

La evidencia relacionada con la calidad de vida, indicó que los diabéticos estudiados el 23,4% presentaron peor calidad de vida, mientras que el 76,6% tuvieron mejor calidad de vida ^(tabla 11.13), concordando con el estudio de Romero Massa Elizabeth y Cols (2010), cuyos resultados indicaron que el 62,2% (196) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan una buena calidad de vida.

En cuanto a las dimensiones del SF-36, el área más afectada fue salud general con un 65,6% de los sujetos en estudio. Por otro lado las dimensiones que se vieron menos afectadas fueron: función social con un 84,4%, función física con un 81,3%; vitalidad con un 73,3% y por último salud mental y rol físico ambas con un 71,9%. En el estudio señalado anteriormente, las dimensiones salud general presentó un 62,5% y rol físico con un 59,7% fueron las más afectadas, mientras que salud mental con un 86,%, rol emocional 68,3% y vitalidad 75,9% se encuentran dentro de las dimensiones menos afectadas en los diabéticos estudiados (tabla 11.14). Estos resultados demuestran la menor valoración de su salud. Por otro lado, las áreas menos afectadas fueron: salud mental, rol emocional y vitalidad, observándose que ambos grupos de estudio a pesar de tener una enfermedad crónica, la mayoría de los diabéticos se han sentido con vitalidad, sus problemas emocionales no han interferido en sus actividades diarias y han mantenido un bienestar general. Se piensa que esto puede explicarse por el apoyo brindado por la pareja y el buen funcionamiento familiar.

Con respecto a la calidad de vida según la edad, se apreció que de los diabéticos en estudio, el grupo etéreo comprendido entre 35 y 49 años, el 46,7% presentaron peor calidad de vida y el 42,9% mejor calidad de vida, para el rango entre 50 y 64 años el 44,9% presentaron una mejor calidad de vida y el 40,0% una peor calidad de vida, no existiendo asociación entre ambas variables ($p=0,751$) (tabla 11.15), así también lo demuestra el estudio de Velia M. Cardenas y cols (2005) en el que se señala que la calidad de vida no fue influenciada por la edad, resultado que también es concordante en la investigación realizada por Rafael Gómez-Navarro y cols (2008), en el que describe no haber asociación entre calidad de vida y edad. Este hecho hace pensar que las personas con mayor edad afrontan de mejor manera la enfermedad, mientras que los adultos jóvenes no llevan su enfermedad de manera responsable no dimensionando las consecuencias futuras.

Del número total de los diabéticos de este estudio, predominó el género femenino (64,1%) por sobre el masculino (35,9%) Por otra parte, el 42,9% de los hombres

presentaron una mejor calidad de vida y el 13,3% una mala calidad de vida, respecto a las mujeres, el 86,7% presentaron una mala calidad de vida y el 57,1% una buena calidad de vida, existiendo una asociación significativa entre calidad de vida y género ($p=0,037$) (tabla 11.16), resultados que concuerdan con el estudio de Velia M. Cardenas y cols (2005), también lo demuestra el estudio de Isabel Larrañaga y cols (2007), en donde las mujeres diabéticas refieren peor calidad de vida que los hombres en todas las dimensiones abordadas del SF-36.

El 82,8% de la población en estudio refirió tener una pareja, independiente de su estado marital; además aquellos que poseen una pareja, el 93,3% presentaron una peor calidad de vida y el 79,6% una mejor calidad de vida, mientras que aquellos que no poseían pareja, el 6,7% presentaron una peor calidad de vida y el 20,4% una mejor calidad de vida, no encontrándose relación estadística entre calidad de vida y condición de pareja ($p=0,217$) (tabla 11.17), resultados que coinciden con el estudio de Velia M. Cardenas y cols (2005). Al contrario de esto, en el estudio realizado por Arturo Árcega-Domínguez y cols (2005) demostró que el tener una pareja, se correlacionaba positivamente con la calidad de vida. Se piensa que el tener una pareja no garantiza que la persona tendrá una mejor calidad de vida, ya que pueden estar influyendo otros factores.

Referente al apoyo brindado por la pareja, el 57,1% presentaron una peor calidad de vida y un 87,2% una mejor calidad vida; aquellos que recibían un regular apoyo, el 42,9% presentaron una peor calidad de vida y el 10,3% una mejor calidad de vida y los que recibían un mal apoyo el 2,6% presentaron solo peor calidad de vida, resultado que se asocia significativamente ($p=0,026$) entre apoyo y calidad de vida (tabla 11.18). En esta ocasión no se encontró ningún estudio que avale dichos resultados. Sin embargo, en el estudio de Herrera Díaz Luis A. y cols (2007), señala que en algunas investigaciones el apoyo del cónyuge es importante en el cumplimiento del tratamiento en las enfermedades crónicas, otorgándole valor a la pareja del paciente diabético.

Respecto a la situación laboral, las personas con trabajo, el 26,7% presentaron peor calidad de vida y el 57,1% mejor calidad de vida, los cesantes, sólo el 12,2% presentaron mejor calidad de vida, por otro lado el 13,3% de los jubilados presentaron una peor calidad de vida y el 6,1% mejor calidad de vida, mientras que el 60,0% de las dueñas(os) de casa, presentaron peor calidad de vida y el 24,5% mejor calidad de vida, existiendo una asociación significativa entre calidad de vida y situación laboral ($p=0,027$) (tabla 11.19), significancia que concuerda con la investigación de José G. Salazar Estrada y cols (2007), donde además menciona que la personas con Diabetes y empleo remunerado podrían presentar sentimientos de utilidad hacia los demás y sentido de autoeficacia. Esto hace pensar que al estar laboralmente activos les permite una mayor independencia y una mejor toma de decisiones con respecto a su salud, mejorando su calidad de vida, ahora bien el rol físico dentro de las dimensiones del SF-36 cuyo resultado indica que las personas no tienen tan afectada esta área (tabla 11.14) pudiendo tener quizás alguna relación con el grupo de personas que se encuentran trabajando, ya que su salud física se lo permite.

En relación a la escolaridad de los sujetos en estudio, se observó que aquellos con básica incompleta o completa, el 66,6% presentaron peor calidad de vida y el 48,9% una mejor calidad de vida, los sujetos con educación media incompleta o completa el 26,7% presentaron una peor calidad de vida y el 40,8% una mejor calidad de vida y aquellos con educación superior completa el 6,7% presentaron una peor calidad de vida y el 10,2% una mejor calidad de vida, no encontrándose una asociación significativa entre calidad de vida y escolaridad ($p=0,473$) (tabla 11.20), en consecuencia, aquellas personas con mayor nivel de escolaridad poseen una mejor calidad de vida, resultados que concuerdan con los obtenidos por Velia M. Cardenas y cols (2005). En relación a esto, se piensa que las personas con mayor nivel de escolaridad receptionan y comprenden mejor la información, influyendo positivamente en su calidad de vida, no así aquellas personas con un nivel de escolaridad bajo, las cuales pueden hacer caso omiso a los síntomas de la enfermedad consultando tardíamente. Para complementar lo mencionado, Heloisa Turcatto Giménes y cols (2009) en su trabajo describe que la baja

escolaridad puede dificultar el aprendizaje, ya que a medida que aumenta la complejidad de la terapéutica medicamentosa para la diabetes, el paciente va a necesitar de habilidades cognitivas más complejas para comprender el tratamiento medicamentoso instituido y adherir a este, manteniendo, así, su control de la glucemia.

En relación a la autoestima, se obtuvo que los sujetos en estudio, aquellos con elevada autoestima, el 26,7% presentaron una peor calidad de vida y el 77,6% mejor calidad de vida, mientras que aquellos con mediana autoestima, el 46,7% presentaron una peor calidad de vida y el 11,3% mejor calidad de vida; y aquellos con baja autoestima, el 26,7% presentaron peor calidad de vida y el 8,2% mejor calidad de vida, es decir, los adultos con una elevada autoestima presentaron mejor calidad de vida, existiendo una relación significativa entre ambas variables ($p=0,001$) (tabla 11.25), para esta variable no se encontró un estudio específico para avalar los resultados, sin embargo algo similar ocurre en la investigación realizada por Tatiana de Sá Novato y cols (2007), en donde identificó que los adolescentes cuanto mayor fuera su autoestima, mejor su calidad de vida, relacionándose positivamente este resultado. Por otro lado, en el estudio realizado por Alfonso Urzúa M. (2008) sobre pacientes con patología crónica, indica que existe una relación estadísticamente significativa, es decir, a mayor autoestima mayor será la calidad de vida reportada.

Con respecto a la función familiar, se obtuvo que aquellos usuarios con mal funcionamiento familiar el 33,3% presentaron una peor calidad de vida y el 6,1% una mejor calidad de vida, para los con moderada función familiar el 20,0% presentaron peor calidad de vida y el 12,2% una mejor calidad de vida, mientras que los con buena función familiar, el 46,7% presentaron peor calidad de vida y el 81,6% una mejor calidad de vida, existiendo una asociación significativa entre ambas variables ($p=0,016$) (tabla 11.26), dichos resultados señalan que las personas con buen apoyo familiar poseen mejor calidad de vida, avalándose dichos datos con el estudio de Víctor Manuel González-Torres y cols (2009) en donde señala que la calidad de vida del paciente diabético tipo 2 es mayor, cuando cuenta con

redes de apoyo familiar, que cuando no cuenta con ello, siendo el mayor porcentaje de apoyo proveniente de la esposa e hija mayor. Por otro lado, el estudio de Noe Alfaro A. y cols (2006) menciona que más de las tres cuartas partes de los usuarios tenían buena red de apoyo siendo estadísticamente significativa con la calidad de vida, mientras que Herrera Díaz, Luis A. y cols (2007), en relación al apoyo y la salud (Medicina de familia, que cite Delarevill), afirma que un bajo nivel de apoyo influye negativamente sobre el estado de salud. Cuando un paciente con enfermedad crónica tiene apoyo social (influencia de la familia y relaciones personales), los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general.

En cuanto al nivel de conocimiento de la diabetes, los usuarios con bastante conocimiento, el 33,3% presentaron peor calidad de vida y el 40,8% mejor calidad de vida, mientras que los con regular conocimiento, el 33,3% presentaron peor calidad de vida y el 36,7% mejor calidad de vida, por otro lado, las personas con poco conocimiento, el 33,3% presentaron peor calidad de vida y el 22,4% mejor calidad de vida, no existiendo relación significativa entre ambas variables ($p=0,698$)^(tabla 11.21), sin embargo, se obtuvo que a mayor conocimiento de la enfermedad mejor calidad de vida. No se encontró estudio que avale los resultados obtenidos por los autores, pero en la investigación de Noda Milla Julio Roberto (2008), en un estudio descriptivo se identificó que la mayoría de las personas poseía un nivel de conocimiento intermedio, mientras que en los resultados obtenidos por los autores, los usuarios presentaron bastante conocimiento seguido por aquellos con regular conocimiento. Se piensa que el grado de conocimiento pudiera estar relacionado con el nivel educativo, de modo que a mayor nivel de estudio las personas podrían presentar un mejor nivel de conocimientos.

Respecto a los años de diagnóstico de la diabetes, el tiempo de evolución de la enfermedad fué de 2,96 años (2 años 11 meses) de acuerdo a la mediana calculada. Según el presente estudio, las personas con menor o igual a 2,96 años de

diagnostico, el 46,7% presentaron una peor calidad de vida y el 51,0% una mejor calidad de vida, mientras que aquellos con mayor a 2,96 años de diagnostico, el 53,3% presentaron una peor calidad de vida el 49,0% una mejor calidad de vida, no existiendo asociación estadística entre ambas variables ($p=0,768$) (tabla 11.22), resultados que concuerda con el estudio realizado por Velia M. Cardenas y cols (2005), en donde señala que el tiempo de padecer la enfermedad no influye en la percepción de la calidad de vida, además, en la investigación realizada por la Dra. Belkis M. y cols (2008), indica que los pacientes diabéticos con más años de evolución presentan mayor deterioro de la calidad de vida, lo cual está en concordancia con la aparición de complicaciones que son atribuibles a la DM.

En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico, los sujetos que indicaron adhesión, el 66,7% presentaron peor calidad de vida y el 77,6% mejor calidad de vida, mientras que los que manifestaron no tener adhesión al tratamiento, el 33,3% presentaron peor calidad de vida y el 22,4% mejor calidad de vida, no existiendo significancia estadística entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento farmacológico ($p=0,394$) (tabla 11.23), para esta variable no se encontró un estudio específico que avale los resultados, pero en el trabajo de Heloisa Turcatto Gimenes y cols (2009), en lo que se refiere a la adhesión del paciente diabético al tratamiento medicamentoso, obtuvo que el mayor porcentaje de diabéticos presentaron adhesión al tratamiento, lo que concuerda con los datos descriptivos obtenidos en el presente estudio. Si bien, la adhesión al tratamiento no es significativo con la calidad de vida se puede inferir que el tomar o no los medicamentos no asegura una mejor calidad vida, ya que hay otros factores que pueden influir, como lo es la dieta y el ejercicio, así se evidencia en el estudio de Velia M. Cardenas y cols (2005) en donde señala que las personas con dieta y ejercicio presentaban mejor calidad de vida que aquellos que tenían tratamiento medicamentoso.

En cuanto al valor de la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), se observó que en los diabéticos en estudio predominaron los descompensados (57,85%). Para el análisis de asociación se demostró que aquellas personas compensadas el 60,0%

mostraron tener una peor calidad de vida y el 36,7% una mejor calidad de vida, mientras que los descompensados el 40,0% presentaron una peor calidad de vida y el 63,3% una mejor calidad de vida, hecho que no tuvo significancia estadística ($p=0,11$) ^(tabla 11.24), resultados que concuerdan con los descritos por Noe Alfaro A. y cols (2006). Cabe señalar que en los resultados obtenidos, los usuarios descompensados presentaron una mejor calidad de vida, hecho que pudo deberse a que los valores obtenidos en exámenes de HbA_{1c} hayan estado muy próximos al valor sugerido por la meta ministerial (<7%), o la muestra haya sido insuficiente para establecer una comparación significativa, también podría influir que los años de diagnóstico haya sido muy inferior a los descritos por otros autores, no influyendo este valor en los resultados. Por otro lado, Velia M. Cárdenas y cols (2005), indicó que la mayoría de las investigaciones busca una relación entre valores de hemoglobina y calidad de vida, pero en su estudio encontró asociación entre control glicémico y satisfacción con el tratamiento, mientras que en la investigación de F.J. Mena Martín y cols (2006) resalta el hecho de que cuanto mayor era el valor de HbA_{1c} más baja era la puntuación en varias escalas del SF-36.

Referente a la teoría de enfermería de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, propuesta en éste estudio, se señala que la necesidad de movimiento y postura adecuada, se consideró dentro de la función física, la que correspondió a una de las aéreas menos afectadas, lo que demuestra que la mayor parte de los diabéticos pueden realizar actividades que implican un esfuerzo físico, por otro lado la necesidad de sueño y descanso se constituyó dentro de la dimensión de vitalidad, la que también fue una de las menos afectadas, por lo que se cree que los usuarios diabéticos no tienen problemas en esta área, en cuanto a la necesidad de comunicación se asimilo a la función social, la cual estuvo menos afectada, no existiendo un obstáculo a la hora de comunicarse en la mayoría de éstos. En cuanto a la necesidad de realización-ocio-recrearse se integró a la dimensión de rol físico, viéndose también menos afectada, infiriéndose que los diabéticos no tienen problemas para trabajar y realizar otras actividades, lo que concuerda con que la mayoría de éstos al momento del estudio, poseían trabajo

remunerado y presentaban una mejor calidad de vida. Por último, la necesidad de aprender se consideró junto a la variable de nivel de conocimiento, en la cual se obtuvo que la mayoría de los usuarios diabéticos poseía bastante y regular conocimiento de la enfermedad. Finalmente se observa, que de las necesidades consideradas en el estudio ninguna fue afectada considerablemente, sin embargo no porque estas no hayan sido afectadas se deben descuidar.

Luego de un análisis de los resultados del presente estudio, se rechaza la hipótesis de trabajo parcialmente, ya que sólo género y autoestima resultaron tener significancia estadística con la calidad de vida, mientras que condición de pareja no correlaciono positivamente con calidad de vida. Es así como, en la variable nivel de autoestima, los usuarios diabéticos con elevada autoestima tuvieron mejor calidad de vida que aquellos que tienen baja autoestima, aceptándose así una de las variables de la hipótesis ($p=0,001$) (tabla 11.21). Por otro lado el género se asocio significativamente con calidad de vida, sin embargo, no coincidió con lo propuesto, ya que los varones presentaron mejor calidad de vida ($p=0,037$) (tabla 11.16). Por último la condición de pareja no evidenció asociación significativa ($p=0,217$) (tabla 11.17), rechazándose así esta variable en la hipótesis.

XIII. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

CONCLUSIONES

- Del 100% de los diabéticos estudiados, el 76,6%presento mejor calidad de vida mientras que el 23,4% obtuvo peor calidad de vida. En relación a las dimensiones del SF-36 se identifico que el área más afectada fue la salud general y las dimensiones que se no se vieron afectadas considerablemente fueron la función social y la función física.
- Referente a la edad de los pacientes diabéticos, se obtuvo que un 67,6% tuvieron entre 35 y 64 años predominando así la población más adulta.
- Respecto al género, predomino el sexo femenino con un 64,1%, estas mismas presentaron una peor calidad de vida en comparación con los hombres.
- En cuanto a la condición de pareja de los sujetos en estudio, estos refirieron tener pareja concentrando al 82,8%, demostrando que la gran parte de los diabéticos tienen consigo a una persona a su lado.
- Al analizar el apoyo brindado por la pareja, el 65,6% manifestó tener un buen apoyo, lo que les permitió presentar una mejor calidad de vida.
- En relación a la situación laboral predominaron aquellos usuarios con un trabajo remunerado (50%), a la vez estos mismos presentaron mejor calidad de vida.
- De los sujetos estudiados, se obtuvo que el 67,5% poseían una escolaridad media completa o incompleta. Los resultados demostraron que a mayor escolaridad, mejor calidad de vida.

- Del total de la población estudiada, se observó que el 65,6% presentaron una autoestima elevada y a la vez una mejor calidad de vida, respecto a aquellas personas con autoestima media y baja.
- En cuanto a la función familiar, se desprende que el 73,4% fue clasificado con un buen funcionamiento familiar, mientras que el 14,1% tiene un moderado y el 12,5% un mal funcionamiento, demostrándose que aquellos que con un buen funcionamiento familiar tienen mejor calidad de vida.
- Respecto a los conocimientos de la diabetes, se obtuvo que los datos resultantes se mostraron homogéneos, predominado levemente aquellos individuos que poseían bastante conocimiento con un 39,9%, los que a su vez presentaron mejor calidad de vida.
- Referente a los años de diagnóstico, se determinó una mediana de 2,96 años para esta población estudiada. Por otro lado los sujetos con menor o igual a 2,96 años de diagnóstico presentaron mejor calidad de vida con un 51%, superando levemente al resto de los diabéticos.
- Al relacionar la calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico, se observó que el 75% manifestó tomarse diariamente sus medicamentos para la diabetes, los que presentaron mejor calidad de vida.
- Al analizar la hemoglobina glicosilada, el 42,2% de los diabéticos se encontraban compensados, mientras que un 57,8% fueron clasificados como descompensados. Estos últimos presentaron mejor calidad de vida a pesar de su condición, mientras que los que se encontraban compensados presentaron peor calidad de vida.

- Finalmente las variables género, apoyo brindado por la pareja, situación laboral, nivel de autoestima y el funcionamiento familiar se asociaron significativamente con calidad de vida.

SUGERENCIAS

- Realizar el estudio con una población mayor al utilizado por los autores.
- Realizar estudios comparativos con otros CESFAM de la ciudad y también en el área rural.
- Realizar estudios con enfoque cualitativo o mixto.
- Utilizar un instrumento específico para medir calidad de vida en usuarios diabéticos.
- Utilizar un cuestionario que mida la variable nivel de conocimiento en los sujetos en estudio.
- Dar a conocer y difundir los resultados entre los profesionales del área de la salud.
- Implementar programas educativos que permitan mejorar la calidad de vida en la población diabética.
- Realizar más investigaciones que contemplen la calidad de vida de la población diabética, ya que existen pocos estudios y según encuestas de salud en el país, esta patología es la que ha aumentado mayoritariamente su prevalencia.
- Incluir dentro de posteriores investigaciones la variable nivel socioeconómico.

LIMITACIONES

- Dificultad para encontrar estudios de calidad de vida relacionada con la diabetes aplicados a la población chilena.
- Dificultad para obtención de información como: hemoglobina glicosilada, dirección, teléfono y fecha de ingreso al programa cardiovascular en registros del CESFAM.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Fagalde, Maria del Pilar y cols. Chile, 2005, "Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la región metropolitana." [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800008&script=sci_arttext > [consulta: 21 Mar. 2011].
2. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio De Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo 2 [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/diabetesGes.pdf>> [consulta: 19 Nov. 2010].
3. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio De Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago: Minsal, 2010. [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>.> [consulta: 21 Mar. 2011].
4. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99bbf09a908d3eb8e0401011f014b49.pdf>.> [consulta: 21 Mar. 2011].
5. Biblioteca del congreso nacional de Chile, bcn, 13 de julio de 2006 [en línea] <http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-27.7644862447> [consulta: 22 Mar. 2011].
6. Velia M. Cárdenas Villarreal/ Camila Pedraza Loredó/ Reyna E. Lema Cueva, México, 2005, "Calidad de Vida del paciente con diabetes Mellitus Tipo 2" [en línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/402/40280308.pdf>> [consulta: 17 Nov. 2010].
7. Gómez-Vela, María; Sabeh, del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España 2002, "Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la

práctica [en Línea] <<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>> [consulta:18 Nov. 2010].

8. F. J. Mena Martín y cols. España, 2006, “Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud” [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext > [consulta: 18 Nov. 2010].

9. AGUILERA, XIMENA y Cols. II Encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. [en línea] <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>> [consulta: 19 Nov. 2010].

10. Olave Farías Didima, González González Edelmira y cols. “Ciudades Intermedias y Calidad de Vida Conceptos Básicos. Serie Investigación y Docencia”. Año1 N°1 1995 (Proyecto Fondecyt-92_0544).

11. Kamisato Rivas Cristián David, Mauro Navarro Jorge Javier, Chile 2007 “Estudio comparativo de calidad de vida, actividad física y fuerza prensil entre pacientes sometidos a peritoneodiálisis y sujetos sanos [en línea] <http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/kamisato_c/sources/kamisato_c.pdf> [consulta: 19 Nov. 2010].

12. Yoshioka Marianne R., Ph.D. Columbia University School of Social Work, 622 West 113th Street, New York, NY 10025 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005000800008&script=sci_arttext> 6 de NOV. [consulta: 6 Nov. 2010].

13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de Salud: Enfermedades Crónicas. [en línea] <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/> [consulta: 6 Nov. 2010].

14. DR. FLORES, JUAN CARLOS. Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y Factores de Riesgo. [en línea]. <http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_21_4/01_Dr_Flores.pdf> [consulta: 6 Nov. 2010].
15. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Dpto. Enfermedades no Transmisibles [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/787e4765248bc9e0e04001011f0172b5.pdf>> [consulta: 11 Ene. 2011].
16. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio De Salud. El Auge y las Enfermedades Crónicas. [en línea]. <http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_ecronicas2.html> [consulta: 19 Nov. 2010].
17. Porth. Fisiopatología salud-enfermedad: un enfoque conceptual. Séptima edición. Editorial medica panamericana. Año2007. Pag. 993-994-995-996-1000-1006-1007-1009.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de prensa, Diabetes. [en línea]<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>> [consulta: 19 Nov. 2010].
19. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio De Salud, Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE) [en línea] <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/g_publico/diabetes1.html> [consulta: 19 de Nov. 2010].
20. MEDLINEPLUS. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. [en línea]. <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003640.htm>> [consulta: 4 Dic. 2010].

21. INFODIAB. Diabetes. Aspectos Psicológicos y sociales. [en línea]. <<http://www.fundaciondiabetes.org/activ/publicaciones/infodiab/infodiab13.pdf>> [consulta: 4 Dic. 2010].
22. Marriner Tomey Ann; Raile Alligood Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. Sexta Ed. en español. Editorial ELSEVIER. Año 2007. Pag: 54-55-56.
23. Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera Edición. Editorial Mosby/Doyma-Libros Año 1994. Pag.102 -115.
24. González-Torres Víctor Manuel, García-Ramos Martina, Ramírez-Carrillo Federico, México, 2009, “Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar [en línea] <<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6E64D985-BE74-494A-9BC5-4A48ED846296/0/RevEnf2200903Calidaddevidadelpaciente.pdf>> [consulta: 17 Nov.2010].
25. Stefano Vinaccia y cols. Colombia, 2006, “Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II [en línea] <<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>> [consulta 18 Nov.2010].
26. Árcega–Domínguez Arturo, Lara–Muñoz Carmen y cols. México 2005, “Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes” [en línea] < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000500004&script=sci_arttext > [consulta: 11 Abr. 2011].
27. A. Hervás, A. Zabaleta y cols. España 2007, “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000100005&script=sci_arttext > [consulta: 13 Abr. 2011].

28. Dra. Belkis M. Vicente Sánchez; Dra. Gisela Zerquera Trujillo y cols, Cuba 2008, “Calidad de vida en el paciente diabético” [en línea] <www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/download/321/5098 > [consulta: 28 Abr. 2011].
29. Larrañaga Isabel y cols. España (Vasco) 2007 “Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos”, [en línea] <<http://www.opikertu.org/dmdocuments/37desisogen.pdf>> [consulta: 28 Abr. 2011].
30. R. Gómez-Navarro y cols. “Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2” [en línea] <<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v24n02a13135799pdf001.pdf>> [consulta: 8 Jul. 2011].
31. Herrera Díaz, Luis A. Quintero, Olga, Hernández Morelia, “Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2” [en línea] <<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27301/1/articulo6.pdf>> [consulta: 5 Jul. 2011].
32. Salazar Estrada José Guadalupe, Colunga Rodríguez Cecilia y cols. “Calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara”. [en línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14290202.pdf>> [consulta: 7 Jul. 2011].
33. Turcatto Gimenes Heloisa ; Zanetti; Vanderlei María Lúcia José, “Factores Relacionados a la adhesión del paciente diabético a la terapéutica medicamentosa” [en línea] <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_arttext&tlng=pt> [consulta: 6 Jul. 2011].

34. Noda Milla Julio Roberto, Perez Lu José Enrique y cols, “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales” [en línea] <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005> [consulta: 8 Jul.2011]
35. Alfaro Alfaro Noe; Carothers Enríquez María del Rayo y cols. “Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 [en línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14280303.pdf>> [consulta: 6 Jul. 2011].
36. Novato Tatiana de Sá ,Alves Grossi Sonia Aurora, Miako Kimura; “Calidad de vida y autoestima de adolescentes con diabetes mellitus” [en línea] <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a05v21n4.pdf>> [consulta: 8 Jul. 2011].
37. Alfonso Urzúa M. “Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas” [en línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200007> [consulta: 8 Jul. 2011]
38. Romero Massa Elizabeth y cols. “Calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 [en línea] <<http://www.unicartagena.edu.co/medicina/09%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20DIABETES.pdf>> [consulta: 7 Jul. 2011]
39. CID, PATRICIA Y COLS. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. [en línea]. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500004&script=sci_arttext > [consulta 9 DIC.2010].
40. ROSENBERG SELF-ESTEEM TEST. [en lineal]. <<http://www.selfesteem2go.com/rosenberg-self-esteem-test.html>> [consulta 9 Dic. 2010].

41. Rojas-Barahona, Cristian; Zegers, Beatriz; Cols, Chile, 2009, “La validación de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores”. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-872009000600009> [consulta: 5 de Abr. 2011].
42. GOBIERNO DE CHILE, Ministerio De Salud. Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria [en línea] <<http://serviciodesaludnuble.cl/vista/libros/Manual.pdf>> [consulta: 8 Dic. 2010].
43. Gajardo Susana Apuntes asignatura, Enfermería en Atención Primaria Infantil 1, APGAR Familiar, Chillán, 2009.
44. Arcos, Estela; Molina, Irma; Reposi, Angela; Chile, 1999 “Violencia doméstica y sexualidad”. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001100006> [consulta: 5 Abr. 2011].
45. Gemma Vilagut, Montse Ferrer y cols. España 2005. “El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos” [en línea] <<http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>> [consulta: 19 Nov.2010].
46. PSICOLOGIA LA GUIA 2000. Definición de autoestima [en línea] <<http://psicologia.laguia2000.com/la-depresion/definicion-de-autoestima>> [consulta: 6 Dic.2010].
47. WORDREFERENCE. Diccionario de la lengua española [en línea] <<http://www.wordreference.com/definicion/escolaridada>> [consulta: 6 Dic. 2010].

XVI ANEXOS

Anexo 16.1

Definición Operacional			
Tipos de Variables	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Variable Dependiente	Calidad de Vida	El valor asignado por los individuos para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud.	Basándose en el cuestionario Calidad de Vida SF-36
Variables Independientes	Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la edad humana.	Edad medida en años cumplidos, a través de fecha de nacimiento. ¿Cual es su edad? a) 20-34 años b) 35-49 años c) 50-64 años
	Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	¿Cuál es su Género? a) Femenino b) Masculino
	Condición de pareja	Conjunto de dos personas que tienen entre si alguna correlación en el ámbito físico, emocional y sexual.	¿Usted tiene pareja? (Si contesta "Sí" responder pregunta N°4) a) Sí b) No
	Apoyo brindado por la pareja	Concepto que incluye varios elementos que se espera dentro de una relación de pareja, como preocuparse, ayudar al otro frente a una determinada situación, que puede ser un problema, una enfermedad y la forma en que este la proporciona.	¿Cómo considera el apoyo brindado por su pareja? a) Bueno b) Regular c) Malo

	Situación Laboral	Desempeño en algún oficio, actividad, ocupación o labor remunerada.	¿Cual es su situación laboral? a)Trabajando b)Cesante c)Jubilado d)Dueña/o de casa
	Nivel de Escolaridad	Tiempo durante el que el alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza (47)	¿Cuál es su nivel de estudio? _____ a) Sin estudios b) Básica Incompleta c) Básica Completa d) Media Incompleta e) Media Completa f) Superior Incompleta g) Superior Completa
	Nivel de Autoestima	Autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal (46)	Basado en el cuestionario de Autoestima de Morris Rosenberg.
	Función Familiar	Abarca las actividades que realiza la familia, las relaciones sociales que establece en la ejecución de esas actividades y, en un segundo nivel de análisis, comprende los aportes que de ellos resultan para las personas y para la sociedad.	Basado en cuestionario Apgar Familiar de Dr. Gabriel Smilkstein.
	Nivel de Conocimientos	Conjunto de saberes, que se posee sobre algo y que se dan a diferentes niveles.	¿Cuánto sabe usted acerca de la diabetes? a) Bastante b) Regular c) Poco

	Años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes	Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la recolección de datos para la presente investigación	¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron la Diabetes? a) Menor o igual a 2 años 11 meses b) Mayor a 2 años 11 meses
	Adherencia al tratamiento farmacológico	Medida en que la conducta del paciente en relación a la toma de medicación, coinciden con las indicaciones dadas por su médico.	¿Usted toma los medicamentos para su diabetes diariamente? a) Sí b) No
	Hemoglobina Glicosilada	Examen que mide la cantidad de hemoglobina unida a la glucosa en los glóbulos rojos en un tiempo determinado de 2-3 meses.	Valor de Hemoglobina Glicosilada a) Menor a 7% b) Mayor o igual a 7%

INSTRUMENTOS

Anexo 16.2

Cuestionario de Antecedentes Generales del Usuario

Instrucciones: Para responder este cuestionario solicitamos que lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque con una (x) la alternativa que usted considere. Los datos entregados se manejarán en forma confidencial

1) ¿Cuál es su edad?

- 20-34 años
- 35-49 años
- 50-64 años

2) ¿Cuál es su género?

- Femenino
- Masculino

3) ¿Usted tiene pareja? (Si contesta "Sí" responder pregunta N°4)

- Sí
- No

4) ¿Cómo considera el apoyo brindado por su pareja?

- Bueno
- Regular
- Malo

5) ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabajando
- Cesante
- Jubilado
- Dueña/o de casa

6) ¿Cuántos años estudió?

- Sin estudios
- Básica Incompleta
- Básica Completa
- Media Incompleta
- Media Completa
- Superior Incompleta
- Superior Completa

7) ¿Cuánto sabe usted acerca de la diabetes?

- Bastante
- Regular
- Poco

8) ¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron la Diabetes?

- Menor o igual a 2 años 11 meses
- Mayor a 2 años 11 meses

9) ¿Usted se toma los medicamentos diariamente para su diabetes?

- Sí
- No

10) Valor de Hemoglobina Glicosilada

- Menor a 7% (Compensado)
- Mayor o igual a 7% (Descompensado)

Anexo 16.3

Escala Autoestima de Rosenberg

Marque con una X en el casillero que más lo identifique, teniendo en cuenta que:

A: Muy de Acuerdo B: De acuerdo C: En Desacuerdo D: Muy en Desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siente que es una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Esta convencida/o que tiene buenas cualidades.				
3. Es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tiene una actitud positiva hacia sí misma/o.				
5. En general está satisfecho de sí misma/o.				
6. Siente que no tiene mucho de lo cual estar orgullosa/o.				
7. En general se inclina a pensar que es una persona fracasada/o.				
8. Le gustaría poder sentir más respeto por sí misma/o.				
9. Hay veces que piensa que realmente es una persona inútil.				
10. A veces cree que no es una buena persona.				

Puntaje Total	
----------------------	--

30 - 40 pts. Autoestima Elevada

26 - 29 pts. Autoestima Media

Menor o igual 25 pts. Autoestima Baja

Anexo 16.4

Percepción de la Función Familiar-Cuestionario APGAR

Marque con una X en el cuadro que más lo representa

	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?.	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia la/o quiere?.	0	1	2

Puntaje Total	
----------------------	--

0-3 pts: Mal

4-6 pts: Moderado

7-10 pts: Bueno

Anexo 16.5

SF-36

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

[Marque con una X la casilla que mejor corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho Mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas?

Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
A) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
B)Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
C) Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
D) Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
E) Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
F) Agacharse o arrodillarse	1	2	3
G) Caminar un kilómetro o más	1	2	3
H)Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
I) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
J) Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en su casa?

	Si	No
A) Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	1	2
B) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	1	2
C) Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	1	2
D) Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)	1	2

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

	Si	No
A) Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	1	2
B) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional	1	2
C) No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
A) Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
B) Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
C) Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
D) Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Tuvo mucho energía?	1	2	3	4	5	6
F) Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
G) Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
H) Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de la siguientes frases.

	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
A) Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
B) Estoy tan sano como cualquier otra persona	1	2	3	4	5
C) Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
D) Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Anexo 16.6

Consentimiento Informado

Sr. Usuario, somos alumnos tesis de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio. La siguiente encuesta forma parte de una investigación para optar al grado de licenciado. Dicha investigación tiene por nombre “Factores relacionados con la Calidad de Vida de los Adultos Diabéticos no Insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillan Viejo, Chile 2011”, con el propósito de determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.

Si usted está de acuerdo con participar en nuestra investigación le solicitamos que responda los siguientes cuestionarios, en relación a antecedentes personales y su calidad de vida, lo cual le tomará aproximadamente 20 min.

Toda información que nos proporcione será confidencial y anónima. Su participación es de carácter voluntario por lo que no esta obligado a participar y puede dejar de contestar la encuesta en cualquier momento, decisión que no influirá en relación a su atención de salud en su centro de salud.

Agradece su colaboración sinceridad y disposición, les saludamos atentamente

Joel Espinosa Borroni

Luis Hernández Novoa

Carolina Jara Barra

Deisy Mora Baeza

Yo _____ declaro conocer el propósito del presente estudio y habiendo recibido previa información al respecto, acepto participar voluntariamente y proporcionar la información que se me solicita para fines de la investigación.

Firma y fecha

Anexo 16.7

Solicitud de Validación de Instrumentos

Junto con saludarle, nos dirigimos a usted con el propósito de informarle que somos estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bio Bio, en la cual nos encontramos desarrollando el tema de tesis “Factores relacionados con la Calidad de Vida de los Adultos Diabéticos no Insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo, Chile 2011”, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

A continuación le damos a conocer el propósito y los objetivos generales de esta investigación:

Propósito:

- Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.

Objetivos Generales:

- Determinar la calidad de vida según factores sociodemográficos en los adultos diabéticos no insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.
- Determinar calidad de vida según factores psicosociales en adultos diabéticos no insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Chillán Viejo.
- Determinar calidad de vida según otros factores propios de su salud en los adultos diabéticos no insulinodependientes del CESFAM Federico Puga Chillán Viejo.

Para el desarrollo de esta investigación, se requiere de una revisión crítica por parte de un profesional para la validación y confiabilidad de los instrumentos, por lo tanto, solicitamos a usted una revisión y aprobación de éstos, para ser aplicados posteriormente.

A continuación se anexan los instrumentos y se deja un espacio libre para observaciones y firma.

Sin otro particular y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.

TESISTAS

Espinosa Borroni Joel

Hernández Novoa Luis

Jara Barra Carolina

Mora Baeza Deisy

DOCENTE GUÍA:

E.U. Cortes Recabal Juana

Magíster en Familia

Observaciones.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre y Firma

Anexo 16.8



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 222/2010

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, diciembre 16 de 2010.

A: **SRA. VIVIANA BUSTAMANTE RUBILAR**
Directora – Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga Borne

DE: **SRA. SUSANA GAJARDO VALENZUELA**
Directora (S) Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de IV Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Proyecto de Tesis, titulado **“Factores relacionados con la Calidad de Vida de los Adultos Diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo, Chile 2010-2011”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Joel Espinosa Borroni 16.220.222-7
- Luis Hernández Novoa 16.735.668-0
- Carolina Jara Barra 16.734.149-7
- Deisy Mora Baeza 16.228.266-2

Académico Guía:

Sra. Juana Cortes Recabal, Enfermera Guía.

Proposito de la Tesis:

- Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

Objetivo General de la Tesis:

- Determinar si los factores sociodemográficos se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne.
- Determinar si los factores psicosociales se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne.
- Determinar si los factores propios de la patología se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes puedan tener acceso a los tarjeteros con el propósito de obtener el número de adultos diabéticos puros no insulino dependientes con su respectivo número de ficha; asimismo posteriormente se necesitara una planilla con direcciones y número de contacto de estos usuarios, pertenecientes al PVCV, del Centro de Salud que usted dirige.

De contar con la aprobación, la recolección de tales datos, se llevaría a cabo del 20 al 31 diciembre del presente año.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

SUSANA GAJARDO VALENZUELA
Directora (S) Escuela de Enfermería

/ssc.

c.c.

📁 Sra. Marcia Parra Lagos – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga Borne.

📁 Sra. Sandra Poso – Enfermera Encargada, PVCV Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga Borne.

📁 Archivo Escuela Enfermería.

Anexo 16.9



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 50/2011

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, marzo 28 de 2011.

A: **SRA. NANCY JARA JARA**
Directora – Centro de Salud Familiar Violeta Parra

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de IV Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Proyecto de Tesis, titulado **“Factores relacionados con la Calidad de Vida de los Adultos Diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo, Chile 2010-2011”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ▪ Joel Espinosa Borroni | 16.220.222-7 |
| ▪ Luís Hernández Novoa | 16.735.668-0 |
| ▪ Carolina Jara Barra | 16.734.149-7 |
| ▪ Deisy Mora Baeza | 16.228.266-2 |

Académico Guía:

Sra. Juana Cortes Recabal, Enfermera Guía.

Propósito de la Tesis:

- Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

Objetivo General de la Tesis:

- Determinar si los factores sociodemográficos se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne.
- Determinar si los factores psicosociales se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne.
- Determinar si los factores propios de la patología se relacionan con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes tengan acceso a datos pertinentes para el desarrollo de su tesis; tales como, los tarjeteros con el propósito de obtener el número de adultos diabéticos puros no insulino dependientes con su respectivo número de ficha; asimismo posteriormente acceso a la planilla con direcciones y número de contacto de estos usuarios, pertenecientes al PVCV, para la aplicación posterior de la respectiva **prueba piloto** en el Centro de Salud que usted dirige.

De contar con la aprobación, la recolección de tales datos, se llevaría a cabo del 04 al 15 de abril del año en curso, garantizando a su vez la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

**ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela de Enfermería

EEL/ssc.

c.c.

- 📁 Sra. Adriana Hernández Espinoza – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar Violeta Parra.
- 📁 Archivo Escuela Enfermería.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Anexo 16.10

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO Nº 71/2011

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, abril 07 de 2011.

A: **SRA. VIVIANA BUSTAMANTE RUBILAR**
Directora – Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga Borne

DE: **SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ**
Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de IV Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Proyecto de Tesis, titulado **“Factores relacionados con la Calidad de Vida de los Adultos Diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo, Chile 2011”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ▪ Joel Espinosa Borroni | 16.220.222-7 |
| ▪ Luís Hernández Novoa | 16.735.668-0 |
| ▪ Carolina Jara Barra | 16.734.149-7 |
| ▪ Deisy Mora Baeza | 16.228.266-2 |

Académico Guía:

Sra. Juana Cortes Recabal, Enfermera Guía.

Propósito de la Tesis:

- Determinar los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne de Chillán Viejo.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

Objetivo General de la Tesis:

- Determinar la calidad de vida según factores sociodemográficos en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.
- Determinar calidad de vida según factores psicosociales en adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.
- Determinar calidad de vida según otros factores propios de su salud en los adultos diabéticos no insulino dependientes del CESFAM Federico Puga Borne Chillán Viejo.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, tengan acceso a los tarjeteros y ficha de usuarios, con el fin de actualizar los datos extraídos durante el mes de diciembre del 2010. Asimismo, la autorización para la realización de la investigación, en el Centro de Salud, que usted dirige.

De contar con la aprobación, la recolección de datos, se realizará durante los meses de abril y mayo del año en curso, resguardando el anonimato y la confidencialidad.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería



EEL/ssc.

c.c.

✉ Sra. Marcia Parra Lagos – Enfermera Coordinadora, Centro de Salud Familiar Dr. Federico Puga B.

✉ Archivo Escuela Enfermería.