

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-LEÓN

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología



Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología

Tema: Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II del centro de salud Félix Pedro Picado, Sutiava, León, marzo-octubre 2016.

Autoras

Br. Carola Tatiana Blandón Arancibia

Br. Cristhian Alexandra Cruz Ortiz

Tutora

Lic. Zandra Blanco
Profesora Titular de la Carrera de Psicología

León, Junio del 2017

“A La libertad por la Universidad”

Dedicatoria

Dios:

Por ser nuestro guía en este camino y por llenarnos de bendiciones, entendimiento, sabiduría, paciencia y mucha fortaleza para seguir adelante.

Padres:

Por todos sus esfuerzos para ayudarnos a salir adelante, su amor y paciencia incondicional así como su apoyo, dedicación y fe.

Srta. Gloria Murillo.

Aunque partiste sin decir adiós sigues presente en mi corazón, compañera, colega, amiga, hermana.

Carola Tatiana Blandón Arancibia

A Dios, por permitirme llegar a culminar esta etapa de mi vida y por estar siempre conmigo en cada paso que doy.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional.

A mis abuelos que son el pilar de mi vida y quienes me han inculcado deseo de superación y responsabilidad.

A mi hermana por estar siempre conmigo, apoyándome siempre en todo

Cristhian Alexandra Cruz Ortiz.

Agradecimiento

A Dios Padre por tantas bendiciones recibidas en todo el trascurso de mi formación académica, por no dejarme caer en los momentos más difíciles de mi vida y sobre todo por poner a las personas indicadas en mi vida.

A mis Padres Reynaldo José Blandón López y Maura Rosibel Arancibia Rizo, por sus esfuerzos para sacarme adelante, por tantos sacrificios que hoy dan frutos, y por estar en cada paso que doy siendo guía, apoyo, seguridad, confianza y amor incondicional en todo momento.

Profesores:

Por ser los guías y autores principales de mi conocimiento, por sus enseñanzas y valores inculcados en estos años.

Lic. Zandra Blanco. Por ser nuestra tutora y guía en este trabajo monográfico.

Lic. Arlen Soto. Por su apoyo incondicional en toda nuestra labor monográfica.

Al Centro de Salud Félix Pedro Picado. Por brindarnos la oportunidad de basar nuestro trabajo monográfico en dicha institución.

Demás personas que colaboraron en la realización y culminación de nuestro trabajo.

Carola Tatiana Blandón Arancibia

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, dándome conocimientos y permitirme tener esta bonita experiencia en este ciclo de estudio a lado de mi compañera.

A mis padres por el apoyo que me han brindado en esta etapa y ciclo de mi vida.

A mi tutora Zandra blanco por compartir su conocimiento durante todos los años de la carrera y por brindar de su tiempo en todo el proceso de la investigación.

Al centro de salud Félix Pedro Picado por brindarnos la oportunidad de poder realizar nuestra investigación con los pacientes de dicho centro.

Cristhian Alexandra Cruz Ortiz

Opinión del tutor

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que ha aumentado su prevalencia en los últimos años (Almendárez, Silva, León García, Romero & Rocha, 2016), generando preocupación en el ámbito sanitario por las implicaciones médicas y económicas que representan. Más allá de esas implicaciones también se encuentran, aunque menos destacadas por la comunidad científica, las implicaciones psicológicas, dichas implicaciones están vinculadas a los cambios en el estilo de vida que repercute en la forma en que afronta dicha enfermedad, Por lo que a cada paciente les resultará más o menos complicado llevar a cabo cambios estructurales en su vida para mejorar su calidad de vida.

El abordar una enfermedad crónica desde la perspectiva psicológica favorece ver al paciente como una persona que tiene que afrontar dificultades para hacer frente a las descompensaciones que dicha enfermedad puede generar en su vida, reconociendo los mecanismos psicológicos implicados en ella.

En este sentido el presente estudio aporta datos importantes sobre cómo está la calidad de vida en estos pacientes y cómo afrontan esta enfermedad, aspectos muy poco abordados en la literatura y muchos en nuestro país.

Este estudio ha sido producto del esfuerzo de sus autoras quienes con empeño emprendieron esta aventura y lograron finalizar con éxito. Toda la información del estudio ha sido proporcionada al centro de salud para que cuente como parte de los datos que ellos tienen de estos pacientes, pero que sirva de base para realizar propuestas en beneficio de un afrontamiento positivo de la enfermedad en estos pacientes.

Resumen

La presente investigación tiene el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamientos que presentan los pacientes con diabetes tipo II que asisten al centro de salud Félix Pedro Picado-Sutiaba, León, teniendo en cuenta que estos pacientes son considerados prioridad por la dirección del centro debido al incumplimiento en el tratamiento y complicaciones a la hora de adaptarse al tratamiento. El estudio es descriptivo de corte transversal, participaron 49 pacientes con diabetes que asisten al programa de crónicos. Se les aplicó encuesta sociodemográfica e instrumento de calidad de vida (OMS, 1998) y estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Para el análisis estadístico se utilizó estadísticos descriptivos como: distribución porcentual y frecuencia, y Chi cuadrado para comparar las variables de estudios.

Según los resultados la mayoría de los participantes son del sexo femenino entre las edad de 60 a más, el 73% de los pacientes presentan un nivel bajo de calidad de vida, así mismo un bajo nivel en las dimensiones de la calidad de vida: física (63%), psicológicas (57%) y sociales (67%). Mostrando como estrategias más utilizadas el autocontrol, distanciamiento y reevaluación positiva. Según la Chi cuadrado no existe relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento.

Se recomienda al programa de crónicos brindar atención psicológica a los pacientes que les permita afrontar de una forma óptima su enfermedad.

Palabras claves: calidad de vida, estrategias de afrontamiento, diabetes tipo II.

Índice

Introducción	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	9
Marco teórico.....	10
Material y Método.....	24
Resultados.....	33
Discusión.....	40
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexo.....	53



Introducción

Hoy en día la diabetes mellitus es considerada un problema de salud pública por el incremento en el diagnóstico, afectando a millones de personas a nivel mundial. La diabetes es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos a los efectos de la insulina, la cual contiene repercusiones en el funcionamiento físico del paciente, psicológico y social afectando así, su calidad de vida. La mejora de la calidad de vida en este tipo de paciente se ha convertido en un objetivo importante en el tratamiento (Siminerio & Furnel, 2004).

La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no pueden simplemente tomarse unas pastillas o administrarse insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el nivel de estrés emocional, u otros factores psicológicos o personales pueden afectar el nivel de glucosa en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que tendrán sobre la enfermedad (Vásquez, Crespo & Ring, 2000) y afrontarán de manera óptima su condición de salud.

Este trabajo abordó esta temática desde la perspectiva de quienes padecen este tipo de enfermedad haciendo énfasis a las estrategias de afrontamiento y a la calidad de vida que presentan los pacientes del centro de salud Félix Pedro Picado de Sutiaba, León. El presente trabajo comprende la fundamentación teórica del problema y el análisis de los resultados obtenidos.



Antecedentes

A continuación se presentarán algunos estudios que se han realizado con respecto a la temática abordada en la presente investigación, señalando que existen pocos estudios vinculados a la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes. Por tal razón, se incluyó en antecedentes algunos estudios vinculados a la calidad de vida que presenta la población con diabetes tipo I o tipo II de forma general.

Almeida & Rivas (2008), realizaron un estudio titulado Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus Tipo 2, en el Estado de Tabasco México, encontrándose una edad promedio de 49.4 años, el 22% del sexo masculino y 78% del sexo femenino. Se destaca como resultado que las estrategias de afrontamiento inadecuadas mayormente utilizadas por los adultos con Diabetes, son: mayor autocrítica (auto culpabilidad); pensamientos desiderativos (deseo de no padecer la enfermedad); evitación de los problemas y prefieren retirarse socialmente (aislamiento de las personas que nos rodean); esta última es la que tiene más índice de uso seguida de la evitación de problemas. Las estrategias de afrontamiento adecuadas que presentan los adultos son la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, la mayoría de los adultos utiliza la de reestructuración cognitiva (forma de ver la enfermedad desde una perspectiva o panorama positivo), como primera estrategia de afrontamiento a la enfermedad y el resto de las estrategias son utilizadas en la misma proporción.



Gamboa (2013) realizó el estudio “percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida. Programa de diabetes del hospital nacional Dos de Mayo” informando cómo influyen los factores demográficos en la calidad de vida del paciente diabético, encontrándose gran influencia del alto nivel de escolaridad, así mismo se observó una insatisfacción con el tratamiento por parte del sexo masculino con una media de 65. El tiempo de padecer la enfermedad y la presencia de complicaciones no influían en la percepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Se observó que sólo aquellos pacientes con tratamiento de dieta y ejercicio referían una mayor satisfacción que quienes realizaban otro tipo de tratamiento.

Zamora (2014) realizó un estudio acerca del impacto que tiene la diabetes mellitus tipo II en la calidad de vida que presentan los pacientes que acuden al programa de crónicos del centro de salud de Navarra. En su estudio transversal utilizando el test SF-36, evaluó el impacto de la diabetes mellitus tipo II en la calidad de vida. Se encontró en 95 % de 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”.

El estudio estilo de vida y control metabólico de los pacientes con Diabetes Mellitus de Ibrahim (2015) en Estados Unidos encontró que hay una disminución de la calidad de vida de adultos con diabetes mellitus tipo II, siendo el área más afectada el rol de funcionamiento físico. También señalan que son las mujeres y las personas de edad mayor, que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico, quienes describen



la más baja calidad de vida. Por otra parte señalan algunas variables clínicas que inciden en la calidad de vida tales como: el tiempo de padecimiento de la enfermedad, el presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y el llevar sólo tratamiento farmacológico como parte de su atención médica.

En el estudio de Almendárez, Silva, León García, Romero & Rocha (2016) Diagnóstico situacional del quehacer en el control de la Diabetes Mellitus tipo II en los tres Centros de Salud de la Ciudad de León, se encontraron que el 60% de los encuestados tiene un promedio de edad mayor de 40 años, el 88.3% son de sexo femenino, un poco más de la mitad de los encuestados pertenecen al Perla María Norori, Así mismo, se encontró que la mayor parte de las personas entrevistadas tienen diabetes de enfermedad base, pero poco menos de la mitad tiene además otra enfermedad crónica, siendo esta la Hipertensión. En menor cantidad tienen tres y cuatros enfermedades crónicas agregadas. Esto afectaría la calidad de vida en la medida de que en estos pacientes se incrementan la medicación además que dificultan alternativas de auto cuidado en los pacientes por las diferentes complicaciones físicas que presentan.

Hasta el momento no se han encontrado estudios en Nicaragua acerca de calidad de vida y estrategias de afrontamiento en personas con diabetes pero si referente a la Diabetes en general.



Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas son 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 63% de las muertes (Muñoz, Gómez & Ballesteros, 2013).

En los últimos años en nuestro contexto ha aumentado la cantidad de personas que son diagnosticadas con diabetes. El diagnóstico médico provoca en el paciente impacto emocional, generando una serie de cambios en su estilo de vida, relaciones familiares y sociales lo que repercute en su calidad de vida (Aráuz, Delgado, & Delgado, 2014). Así, en el Centro de salud de Sutiaba Félix Pedro Picado los pacientes con diabetes tipo II son considerados una prioridad por la vulnerabilidad y complicaciones a la hora de adaptarse al tratamiento, reportando inasistencia a sus citas médicas e incumplimiento en el mismo.

Precisamente, Gómez, Rodríguez, Vargas, Martínez, & Villarreal (2010), señalan que los cambios en el estilo de vida que más dificultades genera en el paciente diabético, suelen ser los relacionados con la adherencia farmacológica, la dieta y la actividad física, los cuales se hacen más llevaderos cuando se cuenta con un apoyo como puede ser la familia, los amigos y la calidad de los servicios sanitarios. Los pacientes con diabetes también afrontan tensiones psicológicas producto del proceso de adaptación a esos cambios físicos que experimentan por la enfermedad, lo que hace que en muchas ocasiones presenten ansiedad, depresión, rabia, hostilidad, autoconciencia y vulnerabilidad. Aspecto



que influirá en la forma en que afrontan la enfermedad. Así mismo, al experimentar todas esas tensiones psicológicas las personas tienden a manifestar distintas formas de afrontar la enfermedad.

Hay quienes se retiran o continúan con su vida normal, en cambio otros experimentan cambios negativos como es la negación, miedo, culpa, enojo, depresión, confusión, estas formas de enfrentar la enfermedad dependerá de las características del paciente, del apoyo médico y sanitario que reciba, del apoyo familiar y de las condiciones socioeconómicas en la que este inmerso (Pineda et al., 2008).

Considerando todos los aspectos antes mencionados la presente investigación abordó la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Qué nivel de calidad de vida y estrategias de afrontamiento presentan los pacientes con diabetes tipo II del Centro de Salud Félix Pedro Picado de Sutiaba, León, marzo-octubre, 2016?



Justificación

El creciente número de personas con diabetes constituye un fenómeno social de la vida moderna que genera consecuencias negativas en las personas que la sufren y hace que las características sociales, afectivas- emocionales, cognitivas y conductuales de una persona sea diferente así como sus estilos de vida (Barceló & Rajpathak 2001).

El presente estudio abordó el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con diabetes que asisten al Centro de salud Félix Pedro Picado, Sutiaba, León. La realización de este trabajo fue de gran importancia para las autoras y demás personas que tengan acceso al estudio ya que permitirá tener una comprensión de las variables estudiadas, la que será de utilidad para el futuro desempeño laboral en el campo de la Psicología.

Además, aportará valiosa información sobre cómo se afrontan las variables de interés en la población de estudio, considerando que en nuestro contexto existen pocas investigaciones que aborden variables psicológicas en pacientes con diabetes.

Los resultados serán entregados al programa de crónicos del centro de salud para que cuente con información sobre la calidad de vida y estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes que asisten a dicho programa. Esta información favorecerá toma



de decisiones que permitan implementar programas para fortalecer las variables de estudio, lo cual contribuirá al afrontamiento de esta enfermedad por parte de los pacientes. También estos resultados serán facilitados al área de psicología del Centro de Salud para que sean tomados en cuenta en los procesos de intervención con estos pacientes.

De igual manera se entregó una copia del estudio a la carrera de Psicología para que se consideren los resultados al momento de definir las funciones que desempeñarán los estudiantes de V año en el abordaje de pacientes crónicos de (diabetes) y en el manejo de técnicas psicológicas que fortalezcan las variables de estudio al momento de realizar sus prácticas en centros de salud y hospitales.

Finalmente, servirá como referencia para otras investigaciones que deseen profundizar sobre el tema.



Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con diabetes tipo II que asisten al Centro de salud Félix Pedro Picado, Sutiava, León, marzo-octubre 2016.

Objetivos específicos

Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

Especificar el nivel en las dimensiones de la calidad de vida que presenta esta población.

Identificar las estrategias de afrontamientos utilizados por los participantes.

Comparar el nivel de calidad de vida con las estrategias de afrontamiento presente en dicha población.



Marco teórico

Capítulo I: Diabetes

1.1 -Concepto.

Road Atlanta (2015) conceptualiza la diabetes como una enfermedad en la cual los niveles de glucosa en la sangre están por encima de lo normal. La mayor parte de los alimentos que consumen se transforman en glucosa, o azúcar, que es utilizada por el cuerpo para generar energía. El páncreas produce una hormona llamada insulina para facilitar el transporte de la glucosa a las células del organismo. Cuando se sufre de diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina o no puede utilizar su propia insulina adecuadamente. Esto causa que el azúcar se acumule en la sangre.

1.2 -Tipos de diabetes.

Valencia (2014) clasifica los tipos de diabetes y explica las diferencias básicas de cada tipo de diabetes en:

Diabetes tipo 1: Tiene más incidencia en jóvenes y niños, en este tipo de diabetes el propio sistema inmunitario del paciente produce una destrucción de las células beta del páncreas lo que origina una deficiencia total de la insulina. Sin embargo el cuerpo puede seguir obteniendo la glucosa contenida en los alimentos, pero la glucosa no puede ingresar a las células que la necesitan. La glucosa permanece en la sangre, esto hace que los niveles de azúcar en sangre aumenten demasiado y genera problemas de salud. No se puede prevenir su aparición y aun no se conocen las causas que la provocan y se caracteriza por ser crónica.



Diabetes tipo 2: Se desarrolla con mayor frecuencia en personas adultas y mayores, la obesidad y una vida sedentaria son entre otros algunos de los factores que pueden provocar este tipo de diabetes, la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 pueden producir insulina, pero no en las cantidades suficientes que el organismo necesita para su correcto funcionamiento.

Diabetes gestacional: Es el nivel de azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. Es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo.

1.3 -Síntomas.

González, Valdés & Mojena (2005) destaca como principales síntomas físicos los siguientes:

Visión borrosa: El exceso de glucosa en la sangre causa una inflamación del cristalino, la lente del ojo, cambiando su forma y flexibilidad, disminuyendo la capacidad de foco, lo que torna la visión borrosa.

Cicatrización deficiente: La dificultad en cicatrizar heridas ocurre por una disminución de la función de las células responsables por la reparación de los tejidos, disminución de la proliferación celular y dificultad en la generación de nuevos vasos sanguíneos.

Cansancio: Ocurre por dos factores: Por la deshidratación y Por la incapacidad de las células para recibir glucosa.

Sed excesiva (polidixia) y deseos de orinar (poliuria): Cuando hay mucha glucosa en la sangre, el cuerpo se trata de deshacer de ella por medio de la orina. En las personas con diabetes el exceso de glucosa absorbe el agua así como lo haría una esponja. Las personas producen cantidades excesivas de orina debido a toda esta agua.



Picazón (prurito): El diabético puede ser considerado un paciente inmunosuprimido y presenta mayor riesgo de desarrollar infecciones que incluyen infección urinaria, infecciones de piel, candidiasis y neumonía.

Hambre (polifágea): Sin la insulina necesaria, las células del cuerpo no pueden utilizar la glucosa que está en la sangre y empiezan a tener hambre mientras que la glucosa se va acumulando en el torrente sanguíneo.

Pérdida de peso: La falta de insulina provoca que las personas con diabetes pierden peso constantemente aunque ingieran grandes cantidades de comida o bien que coman de forma reiterada. (pág. 11)

1.4 -Causas.

A continuación se especificarán las causas de la diabetes tipo II:

Según Serlin & Lash. (2009) la principal causa de la diabetes mellitus tipo II es la mala alimentación por tiempo prolongado a base de carbohidratos refinados de forma desproporcionada. Otra causa señalada es la vida sedentaria, sin dudas el no hacer ejercicio al menos 30 minutos diarios, lleva a un camino bien derecho a problemas de obesidad y diabetes descompensada. También el factor genético juega un papel importante en la presencia de esta enfermedad. Así existe un 5% de riesgo si su padre, madre o hermano/a tienen diabetes. El riesgo es mayor (hasta de 50%) si los padres o hermanos tienen diabetes y hay sobrepeso. El ochenta por ciento de las personas con diabetes tipo 2 están excedidas de peso cuando son diagnosticadas.



1.5 -Efectos.

Heredia & Pinto, (2008) definen los siguientes efectos:

A nivel personal: La diabetes representa un gran problema personal por afectar en gran medida la vida de las personas enfermas. El impacto parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico. El abordaje médico constituye un elemento importante en la forma en que el paciente afronta la enfermedad.

Familiar: La enfermedad afecta su círculo más cercano, ya que a su vez, la familia también se cansa, se preocupa y se estresa. Lo importante es encontrar un equilibrio en la relación donde exista el apoyo, la confianza y la compañía sin caer en extremos en donde solamente exista una relación con esa persona a través de su Diabetes, o por otra parte, estar muy lejanos y desinteresados acerca de lo que le pasa a nuestro familiar.

Físico: Existen también cambios psicomotores como el enlentecimiento motriz, que está vinculado a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y necesitando de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes.

Psicológico: Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003), ha concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de



manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad. Esto plantea la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que la enfermedad podría tener en la calidad de vida de pacientes con diabetes.

En el siguiente capítulo se abordara el concepto de calidad de vida y aspectos vinculados a estos.

Capítulo II: calidad de vida

2.1 -Concepto.

Zubirán (2013) señala que la organización mundial de la salud (OMS) define la calidad de vida (CV) como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno”.

Felce y Perry (1995), basándose en los planteamientos de Borthwick-Duffy (1992), propusieron un acercamiento teórico y clasificaron las definiciones existentes para el constructo, en tres grupos, y este estudio tomara como referencia la tercera definición.

1-La calidad de vida entendida como la suma de circunstancias objetivas en la vida de una persona, sin interpretaciones subjetivas. Dentro de esta concepción de CV se encuentran los indicadores sociales, económicos o demográficos usados inicialmente en el estudio del bienestar de los individuos, donde por ejemplo, el bienestar material se medía según el nivel de ingresos de un individuo en relación con la población en general.



2-La calidad de vida entendida como la satisfacción de la persona con sus circunstancias vitales, sin considerar las condiciones objetivas. Así, lo que cada individuo entienda por “satisfacción” será fundamental para evaluar el grado de bienestar que experimenta en términos materiales, por ejemplo, pudiendo obtenerse resultados similares entre dos personas que juzgan la “satisfacción” desde enfoques muy diferentes.

3-La calidad de vida entendida como la combinación entre las condiciones de vida objetivas y la satisfacción personal, ponderadas por los valores, aspiraciones y expectativas del individuo. Siguiendo el ejemplo de planteado anteriormente, el bienestar material no sólo implicaría la consideración del nivel de ingresos de una persona y la satisfacción que el individuo experimenta con él, sino también debería abordar la valoración o el grado de importancia que el sujeto otorga a este ámbito en su vida. (pág. 5).

2.2 -Características de la calidad de vida.

Colmenares, Gonzales, & Rivero (2012) explican que la CV posee diversas características que explican cómo es percibida está en la vida de la persona, a continuación se detallan dichas características.

Carácter subjetivo: Cada ser humano para el Bienestar personal y social tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad en general. La cual abarca en su generalidad no solo elementos de riquezas y empleo sino también de ambiente físico.

Carácter universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores arquitectónico, salud física y mental, comunes en las diversas culturas. Educación, recreación y pertenencia, la cual nos dará felicidad y satisfacción.

Carácter holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

Carácter dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (pag.10)



2.3 -Importancia de la calidad de vida.

Hoy en día es importante la medida de la calidad de vida ya que está reconocida como un criterio útil de evaluación del impacto del tratamiento de la diabetes y otras enfermedades crónicas, siendo recomendada por los estándares internacionales de cuidado como un instrumento para la toma de decisiones en la práctica médica diaria y en la planificación sanitaria, incluyendo los programas educativos orientados al empoderamiento y la adhesión del tratamientos de los pacientes. (Miranda, Domínguez Arroyo, Méndez & Buitrago, 2012)

Así mismo se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. Esta refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana (Romero, Acosta Carmona, Sarmiento & Masco, 2010).

Las personas que padecen de diabetes tienen un cambio radical en sus vidas por lo cual existe impacto psicológico que viene dado por dicha enfermedad, entre otras razones, por la posibilidad de que pueda producir incapacidad y por la complejidad del régimen terapéutico. Además, las alteraciones anormales y continuas de los niveles de glucosa pueden interferir en la vida cotidiana, en su calidad de vida y en los efectos a largo plazo de la enfermedad, tanto en adultos como en niños (Miranda, et al 2012).



2.4 -Dimensiones de la calidad de vida.

Romero et al, (2010) Plantean que a pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de CV llevadas a cabo coinciden en que éstas deben comprender, al menos, las siguientes dimensiones relacionadas a la vida humana:

Dimensión física: se centra en la salud, el estado físico y la movilidad están relacionados con aspectos de capacidad física y que pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas. La seguridad personal es la condición por la que estamos libres de daño o lesión. Dicha dimensión es entendida como ausencia de enfermedad.

Dimensión psicológica: abarca la satisfacción (con la situación, con los amigos, con las actividades), el estrés (estabilidad emocional), el estado mental, el concepto de sí mismo (autoestima, imagen del cuerpo), la vivencia religiosa, la seguridad, etc. Puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional. Se centra en la mente, y recoge la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y armónicamente.

Incluye aspectos cognitivos que conducen a percibir, pensar, conocer, comprender, comunicar, resolver problemas, relacionarse, representarse a sí mismo y a los otros, actuar, aspectos afectivos, como las emociones y los motivos, y otros aspectos que generan esperanza, estima y confianza en uno mismo.

Dimensión social: incluye dos dimensiones fundamentales, la primera, la calidad y aptitud de las relaciones personales en el seno de la vida en el hogar, con la familia y con los amigos; y la segunda, la implicación social relacionada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad.

Aquí el individuo tiene la percepción de las relaciones interpersonales y los roles social en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.(pag.13)

2.5 -Teoría que explica la calidad de vida.

Apóstolo, Castro, Ribeiro & Domínguez (2007). Plantean que la teoría de incertidumbre explica la calidad de vida y exponen lo siguiente.



La teoría de incertidumbre sobre la enfermedad explica como los individuos reaccionan a los estímulos relacionados con la enfermedad y como estructuran el significado atribuido a estas situaciones. Como los pacientes presentan bajo grado de incertidumbre, se puede conjeturar que adoptaron estrategias de *coping*, para enfrentar los acontecimientos inductores de estrés, adecuados a su situación y la incertidumbre es apreciada como una oportunidad de crecimiento y de cambio. La incertidumbre cuando es entendida como amenazadora proporciona un reto y una oportunidad. Esta oportunidad que los pacientes tienen para mantener y/o mejorar su estado de salud puede conducir al aumento en su motivación dirigida para el seguimiento de tratamientos propuestos por los profesionales de salud.

Esta idea está sustentada por los modelos de solución de problemas, los cuales sugieren que los individuos enfrenten con las enfermedades o con sus síntomas tal como lo realizan con otros problemas cotidianos, situación que lo motiva a superar el problema y reponer su estado de normalidad.

Si el paciente percibe los riesgos de determinadas acciones y los beneficios de otras, se dirigirá en dirección de adoptar estrategias y comportamientos que contribuyan para no agravar su estado de salud. Siendo importante que el paciente participe activamente en el proceso de autocuidado y continuidad en el tratamiento propuesto. Un alto grado de motivación debe presuponer que los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad son importantes para los pacientes.

Ciertamente, la incertidumbre puede en la enfermedad crónica funcionar como una amenaza durante la adaptación de la enfermedad, reduciendo la capacidad para adoptar estrategias de *coping* y atribuyendo significado y valores a los objetivos y acontecimientos relacionados con la enfermedad, transformándolo en un individuo incapaz de predecir correctamente resultados e interferir negativamente con el proceso de adaptación y motivación para seguir el tratamiento. (pág. 13)

2.6 -Calidad de vida y enfermedad crónica.

Salazar, Guerrero, Rodríguez, Figueroa, (2006-2007) Señalan que la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que el número de personas en el mundo con diabetes se duplicará, de 176 a 370 millones de personas en 2030. La mitad de las personas con este trastorno no alcanzan un grado satisfactorio de control de la glucemia, a pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces.

Esta enfermedad de tipo II (DM2) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global, se considera en la actualidad una pandemia de enormes proporciones por su crecimiento ascendente, pero también por el alto costo social y económico, por el daño que ocasiona a la salud física y mental de quien la padece. Por su característica de cronicidad repercute en la calidad de vida del paciente y de los familiares cercanos.



Como enfermedad crónica es atendida de manera médica predominantemente, sin considerar de forma sistemática factores psicosociales entre los que se encuentra la calidad de vida. En consecuencia la DM2, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas que caracterizan a las personas con diabetes y las del sistema social en relación con la atención a la salud.

Los profesionales de la salud son cada vez más conscientes de la necesidad de evaluar y supervisar la calidad de vida, como parte importante de la atención de la DM ya que esta enfermedad crónica influye en la autonomía personal y por ende, en las actividades de atención y autocuidado, lo que puede en consecuencia, tener impacto en el control de la diabetes y en la gestión de sus requerimientos.

Las exigencias de un régimen de tratamiento no coinciden con la forma y el deseo de los pacientes a vivir sus vidas, por lo que optan por buscar apoyos institucionales y aprender formas de cuidado personal que protejan su calidad de vida.

Además de cómo perciben la vida el paciente con diabetes las formas en que estos tienden a afrontar situaciones estresantes configuran cómo viven su enfermedad.

En el siguiente capítulo se detallara las estrategias de afrontamiento.

Capítulo III: estrategias de afrontamiento.

3.1-Concepto.

Cuando hablamos de afrontamiento del estrés podríamos referirnos tanto a los estilos como a las estrategias de afrontamiento, aunque éstos no son conceptos equiparables. Por una parte, están los estilos de afrontamiento, que son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. En cambio, el término de estrategias de afrontamiento hace alusión a los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento (Salotti, 2006).



Lazarus y Folkman (2005), definen las estrategias de afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Hacen referencia a la lucha interna y esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

3.2 -Características.

Características de las estrategias de afrontamiento según Lazarus & Folkman (2005) son las siguientes:

- La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema.
- Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante.
- La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.



3.3 -Importancia de estilos de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento generaran un cambio en cómo afectan situaciones desbordantes, el impacto del diagnóstico de la diabetes como de otras enfermedades crónicas, juegan un lugar muy importante a la hora de enfrentarnos a estas, ya que tienen un cambio radical en sus vidas por lo cual existe un impacto psicológico que viene dado por dicha enfermedad, su importancia radica en el bienestar de las personas por constituir un aspecto con alta sensibilidad a la intervención psicosocial para fomentar el desarrollo de recursos psicológicos en el individuo, que se constituyen en recursos resilientes a la hora de afrontar situaciones desbordantes por el nivel de estrés que generan (Maradiaga, Valle & Zambrano 2012).

3.4 -Clasificación de estrategias de afrontamiento.

Zeinder y Endle (1996) citado por Carr, (2007), *señala que* ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento, se identifican dos clases de estrategias de afrontamiento tomaremos en cuenta para nuestra investigación la segunda clasificación.

Carr (2007) Determina la primera clasificación como:

Afrontamiento activo: Lucha activa. En ocasiones puede llevar a una tendencia a la minimización de los posibles efectos de la enfermedad, llegando a la hiperactividad imprudente, "para no pensar".

Afrontamiento pasivo. Suele provocar rechazo en el personal que lo atiende. Atención a los déficits y poca motivación al cambio.

Evitación: Minimización y negación de la enfermedad. Centrado en liberarse de la obligación de asumir la enfermedad.



La segunda clasificación es:

Afrontamiento cognitivo: Este viene dado por un número de características que le permiten asumir y experimentar una actitud positiva hacia sí mismo.

Afrontamiento conductual: Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia.

Afrontamiento afectivo: En las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones como la agresión pasiva, aislamiento social, apoyo social, autocontrol, catarsis, escape/evitación, supresión.(pag.8)

3.5 -Teoría de estilos de afrontamiento.

Vera (2005) En su estudio “La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos” plantea que ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos.



3.5 -Estrategias de afrontamiento y enfermedad crónica.

Pelechano (2005) señala que la valoración y el afrontamiento hacia un padecimiento como la diabetes pueden dar como resultado conductas que interfieran con el tratamiento y, en última instancia, con el control de la propia diabetes. Aquellos individuos que tenían menor adherencia al tratamiento valoraban negativamente su diabetes.

Probablemente el empleo de estrategias de evitación puede conducir a minimizar o negar la importancia de llevar a cabo las conductas de adherencia al tratamiento necesarias para controlar la diabetes. En dependencia al tipo de afrontamiento que utiliza la persona se verán los resultados bien sean negativos o positivos.

El estilo de afrontamiento centrado en la emoción, como en el problema, pueden estar relacionados con el control glicémico. Por un lado el afrontamiento que está centrado en el problema afecta el control metabólico inhibiendo o aumentando la adherencia terapéutica, además este tipo de afrontamiento puede favorecer la resolución de problemas y facilitar cambios conductuales. Sin embargo, el afrontamiento centrado en la emoción está asociado con resultados negativos en la salud, incluyendo la falta de cumplimiento del régimen terapéutico. La sintomatología psicológica constituyó un importante enlace en la sucesión de efectos observados a través del tiempo. (pag.6)



Material y método

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Centro de salud Félix Pedro Picado Sutiava sector I el cual se encuentra constituido por el Consejo 2 y el Consejo 4 los cuales se encuentran ubicados de la delegación de la policía de Sutiaba 1c arriba ,4c al norte.

Población: 49 pacientes que presentan diabetes tipo II registrados en hoja de control de consulta del centro de salud, la cual abarca datos actualizados del I semestre del año 2016.

Criterios de inclusión.

Pacientes con diabetes de tipo II que asistan al programa de enfermos crónicos del centro de salud Félix Pedro picado.

Que quieran participar en la investigación.

Que firmen el consentimiento informado.

Fuente de información.

Primaria: La información se obtuvo a través de la aplicación de las escalas WHOQOL-BRE World Health Organization Quality of Life Questionnaire; elaborada por la organización mundial de la salud en 1998 y WOC-R escala de modos de afrontamiento elaborada por Lazarus y Folkman en 1984.



Procedimiento de recolección de datos.

Se solicitó autorización por escrito a la dirección del Centro de Salud Félix Pedro Picado para realizar la presente investigación. Una vez obtenido el permiso, se realizó una reunión con los pacientes con diabetes, en los que se explicó los objetivos del estudio, se aclaró que la participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento si lo deseaban, una vez aclaradas las dudas, se solicitó la firma del consentimiento informado a aquellos que aceptaron participar. (Véase anexo 01 y 02).

Posteriormente, se acordó el día, fecha, hora y lugar en donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos, uno de calidad de vida y otro de Estrategias de afrontamiento, teniendo presente las consideraciones éticas. Los instrumentos fueron Heteroaplicado en su mayoría, debido a la escolaridad de los participantes.

Antes de la aplicación se realizó una prueba piloto en otros pacientes con diabetes que no participaron en el estudio. Con la prueba piloto no se encontró dificultades en la comprensión de los ítems del instrumento, quedando igual tanto los ítems del instrumento como las orientaciones de aplicación propuestas por los autores del mismo.

Una vez aplicados los instrumentos a la población se procedió a realizar el análisis estadístico a través del programa SPSS (versión 17).



Instrumento para recolección de la información.

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizaron para medir las variables de estudio:

-Características sociodemográficas: se utilizó una encuesta elaborada por las autoras de la investigación. Que incluía las siguientes variables: edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, nivel educativo y tiempo transcurrido desde que obtuvo el diagnóstico (véase anexo 03).

-Nivel calidad de vida: Para medir esta variable se utilizó el instrumento de evaluación de calidad de vida versión abreviada WHOQOL-BREF derivada de (WHOQOL-100), elaborado por la Organización Mundial de la salud en 1998, la cual valora de forma independiente la vida en general y la satisfacción con la salud. Este instrumento es auto administrado, pero cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser hetero aplicada, utilizando en el presente estudio para la mayoría de los casos esta última forma de aplicación. El tiempo específico para su aplicación es de 15 a 20 minutos. Presenta fiabilidad obteniendo una consistencia interna considerada como muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88. Este instrumento consta de 26 ítem, de los cuales hay dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro



dimensiones: Salud Física (7 ítem), Salud Psicológica (6 ítem) Relaciones Sociales (3 ítem) y Ambiente (8 ítem). Cuyas puntuaciones van de 1 a 5 las cuales se destacan en categorías (muy mala, regular, normal, bastante buena, muy buena). De los 26 ítems 3 preguntas se invierten en su puntuación las cuales corresponden a las preguntas 3, 4, 26. Esta versión proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100(Véase anexo 04).

Carrasco (1998) indica que la corrección se realiza sumando los ítems de cada dimensión para obtener puntuación de la misma, esa puntuación se denomina puntuación bruta o directa, luego se transforma en puntuación que va de 0 a 100 a través de la siguiente fórmula:

$$\frac{(\text{Puntaje bruto real} - \text{Puntuación mínima posible}) \times 100}{\text{Rango posible de puntuación bruta o directa}}$$

Para su interpretación se utilizaron los siguientes puntos de corte 0-50,9(baja), 51-79,9, (medio) 80-100(alto). Posteriormente para obtener el nivel de calidad de vida global se realiza una sumatoria de la puntuación directa obtenida de las diferentes dimensiones cuyo corte se detalla a continuación: 26-75 (baja) 75-100 (medio) 101-130 (alta) (Apóstolo, Castro, Ribeiro & Domínguez, 2007).

-Estrategias de afrontamiento: Se utilizó la Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R) de Lazarus y Folkman hecha en 1984. Evalúa los diferentes modos



de afrontamiento o coping: describen formas de actuar ante los problemas. Es un instrumento autoaplicado, con una duración de 15 a 20 minutos, siendo una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (En absoluto); 1 (En alguna medida); 2 (Bastante); 3 (En gran medida). Su fiabilidad presenta una consistencia interna: 0,61-0,79 y su validez: se pueden distinguir entre los dos factores que evalúa los cuales son dirigidos a la resolución de problemas (en la cual encontramos la búsqueda de soluciones alternativas, búsqueda de información y realización de un plan de acción) y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación de los aspectos positivos de la situación y autorreproche).

Está constituido por 67 ítems los cuales se agrupan en ocho subescalas Confrontación (6, 7, 17, 28, 34 y 46), Distanciamiento (12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44), Auto-control (10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63), Búsqueda de apoyo social (8, 18, 31, 42 y 45), Aceptación de la responsabilidad (9, 25, 29 y 51), Huida – evitación (11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59), Planificación (1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52) y Reevaluación positiva (20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60). Para obtener la puntuación de cada estrategia de afrontamiento se suman las puntuaciones directas de los ítems correspondientes a dicha estrategia. La estrategia que obtenga mayor puntuación es la que estrategia que predomina (Véase anexo 05).



Sesgo de selección	control
Selección inadecuada de la muestra	Utilización de la fórmula estadística en poblaciones conocidas para calcular la muestra. Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión para seleccionar a la población.
Transcripción o digitación	Una vez completada la base de datos se revisó por cada participante las respuestas dadas en cada ítem para verificar si fueron digitados correctamente.
No comprensión	<ul style="list-style-type: none">- Realización de la prueba piloto, para identificar las limitaciones en la comprensión que los participantes podían tener en los diferentes ítems del instrumento- Se explicó detalladamente las instrucciones de cómo responder el instrumento información que se recolecto mediante el instrumento.-Se aclararon las dudas planteadas por los participantes al momento de la aplicación de las escalas.
No respuesta	<ul style="list-style-type: none">-Se orientó que deben responder todas las preguntas.-Explicación detalladamente como se debe llenar o completar el instrumento.-Revisión del cuestionario cuando sea entregaba para pedir que se completara si había algún ítem sin respuesta.
Entrevistador Incomprensión del instrumento de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none">-Entrenamiento en la aplicación y corrección de los instrumentos.-Se siguió el protocolo de aplicación de los instrumentos al momento de aplicarlos a la población.



Plan de análisis

La digitación de los datos cuantitativos, se realizó por medio del paquete estadístico para ciencias sociales SSPS versión 17. Para el análisis de los datos se aplicaron estadísticas descriptivas de distribución porcentual y frecuencia, para las características sociodemográficas, calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Se utilizó el test de dependencia Chi cuadrado para comparar las variables de estudios. Los resultados son presentados en tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

Consideraciones éticas.

Se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas establecidas en Helsinki:

Se explicó a los pacientes seleccionados acerca de los objetivos de la investigación y el procedimiento a implementar para recoger la información.

Se les solicito a los pacientes su participación voluntaria en el trabajo, para ello se le proporciono un consentimiento informado, el cual tendrán que firmar para autorizar su participación.

Se garantizó que el uso de los datos fueran con fines meramente investigativos.

Se mantuvo la confidencialidad de los participantes pues no se solicitó escribir su nombre en los instrumentos los cuales fueron enumerados, respetando así su identidad e integridad.

Los resultados de nuestra investigación están a disposición del público, para lo cual se dio una copia a la dirección de la carrera de Psicología.



Se brindó la retroalimentación de los resultados a la dirección del programa de crónico y a los participantes del estudio.

Los participantes tuvieron la libertad de abandonar el estudio, si así lo considera conveniente.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacionalización	Dimensiones	Valor	Instrumento
Características sociodemográficos	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población. (OMS, 2005).	Datos que permiten describir a las personas que participarán en el estudio.	Sexo Edad Escolaridad Ocupación Religión. Estado civil Tiempo transcurrido del diagnostico	Hombre Mujer 20-30 30-40 50-60 60 a más. Primaria, Secundaria, Universitarios, completa/ incompleta -Ama de casa -Jubilado -Profesional -Asistente del hogar -Ninguna -Otra (tenero,jardinero Etc.) Católicos, Evangélicos, Testigos de Jehová, Otras Solteros, casados, Unión libre. Menor de 1 año 1-5 años 6-10 años 11-15 años 16 -20 años	Encuesta de características sociodemográficas (elaborado por las autoras de investigación)



Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Valor	Instrumento
Dimensiones de calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores (OMS,1990)	Hace referencia a las percepciones positivas o negativas que tienen las personas en relación a su salud física, relaciones interpersonales, estado de ánimo entre otras.	Dimensión física Dimensión Psicológica Dimensión social Dimensión ambiental	Los siguientes valores corresponden a las 4 dimensiones: Alta: 80 a 100 Media: 51 a 79,9 Baja: 0-50,9	Instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud.
Nivel de Calidad de vida.	Es aquel que hace alusión al bienestar social o comunitario que puede llegar a aspirar un individuo, e incluso hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual.	Hace referencia a la identificación o medición del bienestar material no material individual y colectivo de las dimensiones que se abordaran en dicho estudio.	Alta Media Baja	101-130 PTS 75-100 PTS 26-74 PTS	Instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud.
Estrategias de afrontamiento	Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".	Forma de actuar en situaciones difíciles o estresantes. (Cols, 1988).	-Confrontación. -Distanciamiento -Auto-control. -Búsqueda de apoyo social. -Aceptación de la responsabilidad. -Huida/evitación. -Planificación. -Reevaluación positiva	La estrategia con mayor puntuación directa es la estrategia predominante.	Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R) de Lazarus y Folkman (1984.).



Resultados

Características sociodemográficas

Tabla 01: Características sociodemográficas en pacientes con diabetes tipo II del Centro de Salud Félix Pedro Picado-Sutiaba, León, 2016

		Frecuencia (n=49)	%
Edad	20-30	1	2
	31-40	6	12
	41-50	6	12
	51-60	15	31
	60 a más	21	43
Sexo	Mujer	26	53
	Hombre	23	47
Religión	Católico	25	51
	Evangélica	16	33
	Testigo de jehová	2	4
	Otros	2	4
	Ninguna	4	8
Estado civil	Soltero	18	37
	Casado	25	51
	Unión de hecho estable	2	4
	Viudo	4	8
	Otro	0	0
Escolaridad	Primaria	5	10
	Primaria incompleta	18	37
	Secundaria	3	6
	Secundaria incompleta	6	12
	Universitario	6	12
	Universitario incompleta	1	2
Ocupación	Otros	10	20
	Ama de casa	14	29
	Jubilado	1	2
	Profesional	3	6
	Asistente del hogar	3	6
	Ninguna	6	12
Tiempo diagnóstico	Otra	22	45
	Menor de un año	1	2
	1 a 5 años	22	45
	6 a 10 años	14	29
	11 a 15 años	6	12
16 a 20 años	6	12	

Fuente: Encuesta sociodemográfica



Tal como se muestra en la tabla N° 1 el 53% de los participantes son mujeres, el 43% se encuentran entre las edades de 60 a más años, predominando la religión católica con un 51%. Se encontró que el 51% de la población son casados; con una escolaridad de primaria incompleta correspondiente al 37% y presentan diversas ocupaciones (jardinero, tenero, albañil, jornalero etc.) con un 45%, el 45 % de los participantes tienen de 1 a 5 años de haber sido diagnóstico con diabetes tipo II.

Nivel en las dimensiones de calidad de vida

En la tabla No. 02 se destaca que las dimensiones de salud física, salud psicológica y relaciones sociales presentaron en mayor medida un bajo nivel, es decir, no presentan las condiciones óptimas en dichas dimensiones. A diferencia de la dimensión ambiente en la que predominó un nivel medio.

El nivel alto se presentó solamente en las dimensiones de relaciones sociales y salud física con un porcentaje muy bajo. Estos datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 02: Nivel en las dimensiones de calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II, del Centro de Salud Félix Pedro Picado-Sutiaba, León 2016

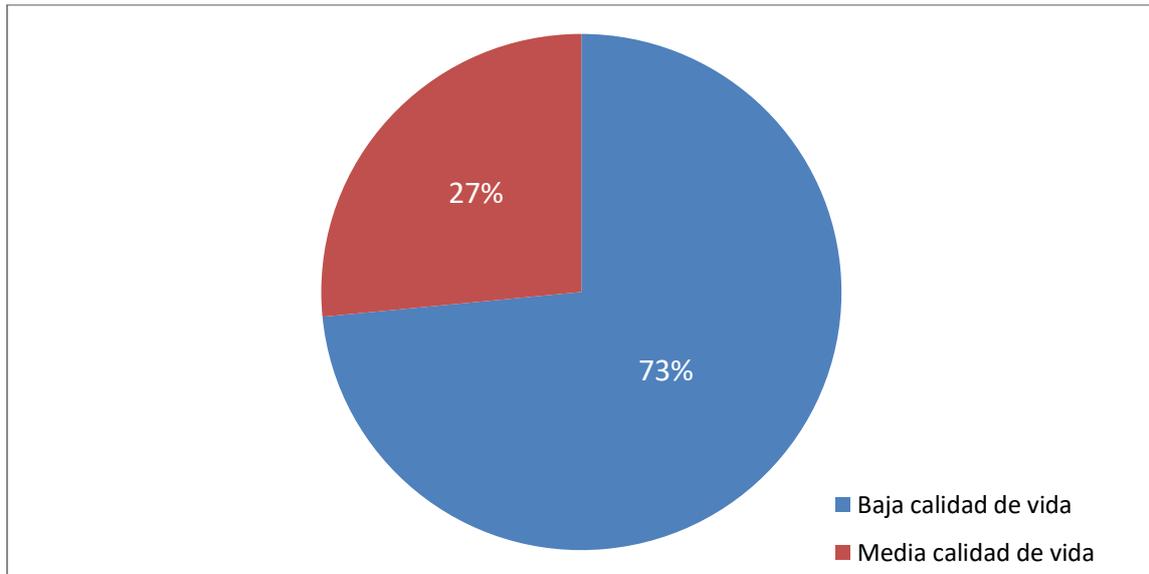
Dimensiones de la calidad de vida	Frecuencia (N= 49)		%
Salud física	Bajo nivel	31	63%
	Medio nivel	17	35%
	Alto nivel	1	2%
Salud psicológica	Bajo nivel	28	57%
	Medio nivel	21	43%
	Alto nivel	0	0%
Relaciones sociales	Bajo nivel	33	67%
	Medio nivel	15	31%
	Alto nivel	1	2%
Ambiente	Bajo nivel	35	71%
	Medio nivel	14	29%
	Alto nivel	0	0%

Fuente: Instrumento de evaluación de calidad de vida (OMS, 1998).



En relación al nivel de calidad de vida global predominó el nivel bajo con el 73% de la población, tal como se detalla en el siguiente gráfico.

Gráfico 03: Niveles de calidad de vida en pacientes con Diabetes tipo II, del Centro de Salud de Sutiaba, León, 2016 (n=49).



Fuente: Instrumento de evaluación de calidad de vida (OMS, 1998).

Indicadores de las dimensiones de calidad de vida

Para una mayor comprensión de las dimensiones de calidad de vida, se muestran en la siguiente tabla los indicadores vinculados con esas dimensiones, destacando la presencia de los aspectos negativos como son: impedimento del dolor físico, necesidad de un tratamiento médico, insatisfacción en el sueño, presencia de sentimientos negativos, insatisfacción con su vida sexual, no oportunidad para realizar actividades de ocio, entre otras.



Tabla 04: Distribución de los indicadores vinculados a la dimensión de la calidad de vida de los pacientes con diabetes

Dimensión de calidad de vida	F (N=49)	%
<i>Física</i>		
Impedimento del dolor físico	49	100
Necesidad de un tratamiento médico	49	100
Insatisfacción en el sueño	11	22
Insatisfacción en la habilidad para realizar actividades	3	6
Insatisfacción en la capacidad de trabajo	5	10
<i>Psicológica</i>		
No disfruta de la vida	5	10
Su vida carece de sentido	1	2
Sin capacidad de concentración	1	2
No aceptación de apariencia física	1	2
Insatisfacción consigo mismo	1	2
Presencia de sentimientos negativos	45	91
<i>Relaciones sociales</i>		
Insatisfacción con relaciones sociales	1	2
Insatisfacción con el apoyo de amigos	1	2
Insatisfacción con su vida sexual	25	51
<i>Ambiente</i>		
Ambiente físico insaludable	1	2
Insuficiencia de dinero para cubrir sus necesidades	9	18
No disposición de información	1	2
No oportunidad para realizar actividades de ocio	15	30
Insatisfacción con las condiciones en donde vive	1	2
Insatisfacción con los servicios sanitarios	2	4
Insatisfacción con el transporte de zona	5	10

Fuente: Instrumento de evaluación de calidad de vida (OMS, 1998). *Cabe señalar que se unieron las categorías de respuesta y en las tablas solo se muestran el porcentaje más alto, el cual corresponde a los aspectos negativos en la calidad de vida. Para mayor aclaración la tabla completa se muestra en el Anexo 06, 07,08 y 09.



-Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento que más predominaron en la población de estudio es autocontrol con un 40,8%; seguido de distanciamiento y reevaluación con un 20,4% cada una. Cabe señalar que un 16,1% de la población presentaron más de un tipo de estrategia, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 05: Distribución de estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II, Sutiava, 2016.

Estrategias de afrontamiento	Frecuencia (n=49)	%
Distanciamiento	10	20,4
Autocontrol	20	40,8
Evitación	1	2,0
Reevaluación	10	20,4
Distanciamiento- autocontrol	3	6,1
Planificación - reevaluación positiva	1	2,0
Autocontrol- planificación	1	2,0
Distanciamiento- Reevaluación positiva	1	2,0
Autocontrol- evitación	1	2,0
Búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva	1	2,0
Total	49	100,0

Fuente: Escala de Modos de afrontamiento WOC-R (Lazarus y Folkman 1984).

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento

Tanto los pacientes que presentaron un nivel bajo (41.7%) y medio (38.5%) de calidad de vida predominó la estrategia de autocontrol. Cabe destacar que los pacientes con baja calidad de vida presentaron en segundo lugar la estrategia de distanciamiento con un 22,2%, a diferencia de los pacientes con un nivel medio de calidad de vida que



presentaron la estrategia de reevaluación con el 23,1%. Según los resultados de chí cuadrado no existe relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento. Estos datos se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 05: Calidad de vida y estrategias de afrontamiento utilizados por pacientes con diabetes tipo II, Sutiava, 2016.

Estrategia predominante		Calidad de vida			P
		Baja calidad de vida	Media calidad de vida	Total	
Distanciamiento	Frecuencia	8	2	10	*0,291
	% de calidad de vida	22,2%	15,4%	20,4%	
	% del total	16,3%	4,1%	20,4%	
Autocontrol	Frecuencia	15	5	20	
	% de calidad de vida	41,7%	38,5%	40,8%	
	% del total	30,6%	10,2%	40,8%	
Evitación	Frecuencia	1	0	1	
	% de calidad de vida	2,8%	0,0%	2,0%	
	% del total	2,0%	0,0%	2,0%	
Reevaluación	Frecuencia	7	3	10	
	% de calidad de vida	19,4%	23,1%	20,4%	
	% del total	14,3%	6,1%	20,4%	
Distanciamiento-autocontrol	Frecuencia	3	0	3	
	% de calidad de vida	8,3%	0,0%	6,1%	
	% del total	6,1%	0,0%	6,1%	
Planificación-reevaluación positiva	frecuencia	0	1	1	
	% dentro de calidad de vida	0,0%	7,7%	2,0%	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
Autocontrol-planificación	frecuencia	1	0	1	
	% dentro de calidad de vida	2,8%	0,0%	2,0%	
	% del total	2,0%	0,0%	2,0%	
Distanciamiento-Reevaluación positiva	frecuencia	1	0	1	
	% dentro de calidad de vida	2,8%	0,0%	2,0%	
	% del total	2,0%	0,0%	2,0%	
Autocontrol-evitación	frecuencia	0	1	1	
	% dentro de calidad de vida	0,0%	7,7%	2,0%	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
Búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva	frecuencia	0	1	1	
	% dentro de calidad de vida	0,0%	7,7%	2,0%	
	% del total	0,0%	2,0%	2,0%	
Total	frecuencia	36	13	49	
	% dentro de calidad de vida	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	73,5%	26,5%	100,0%	

Fuente: Instrumento de evaluación de calidad de vida (OMS, 1998), Lazarus Folkman (1998) Escala de Modo de afrontamiento /* No significativo estadísticamente.



Discusión

A continuación se analizarán los resultados encontrados en el presente estudio.

En las características sociodemográficas de los pacientes se encontró que la edad de mayor frecuencia fue de 60 años a más; así también se encontró mayor presencia de participantes del sexo femenino, con un predominio en la religión Católica, la mayoría de los colaboradores son casados, encontrándose con un alto porcentaje de pacientes que no poseen ningún grado de estudio (analfabeta), de igual manera se encontró que participan en diferentes actividades laborales (operador, jardinero, electricista, cocinera, mecánico, etc.) el tiempo diagnosticado que predominó es de 1 a 5 años. Los datos vinculados al estado civil y ocupación coinciden con el estudio de Almeida y Rivas (2008) sobre “Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus Tipo 2”, sin embargo, difiere en los datos de escolaridad, sexo y edad, ya que en este último estudio predominó la edad de 49 años, hombres y con nivel de escolaridad de secundaria. También difiere en el estudio realizado por Almendárez, Silva, León García, Romero & Rocha (2016) titulado diagnóstico situacional del quehacer en el control de la Diabetes Mellitus tipo II en los tres Centros de Salud de la Ciudad de León, en el cual se encontró que los participantes presentan una edad superior a los 40 años, sin embargo coincide, en el sexo ya que en ambos estudios predominaron las mujeres.

El presente estudio coincide con la investigación de Zenteno, Báez, Flores & Marín (2012) en su estudio “Estrategias de Afrontamiento e Indicadores de Salud en Personas con Diabetes Mellitus tipo II” en cuanto al tiempo de diagnóstico, sexo y estado civil, siendo diferente en la edad (55 años) y nivel de escolaridad (primaria).



En nuestro estudio predominó un nivel bajo de calidad de vida en general, es decir, no presentan las condiciones óptimas en su desarrollo para vivir de forma adecuada y enfrentar la enfermedad, lo que implica una limitación en sus recursos tanto físicos como emocionales que puede dificultar la adaptación a las limitaciones físicas de la enfermedad, a la satisfacción de las necesidades especiales (es decir a la medicina, atención especializada, dieta balanceada, zapatos especiales, cremas corporales y otros productos que le permitan normalizar su vida). Cabe señalar que al presentar un bajo nivel de calidad de vida en general, cada una de las dimensiones también presentan un nivel bajo. Así al presentar un bajo nivel en la dimensión física implica que estas personas tengan limitaciones en su estado físico, movilidad y su seguridad personal. Un bajo nivel en la dimensión psicológica incide en que las personas experimenten emociones negativas, gran tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés. Por su parte, el bajo nivel en la dimensión de las relaciones sociales en las personas que padecen diabetes se traduce en poco apoyo por parte de sus amistades y algunas veces por parte de su familia, lo que ocasiona aislamiento, pérdida de interés por la vida y el no poder desempeñarse de forma exitosa en el campo laboral (Romero et al, 2010).

En base a estos datos resulta necesario que futuras investigaciones estudie los efectos de la diabetes en la salud mental de las personas que la padecen.



Según los resultados del estudio las estrategias de afrontamiento que son más utilizadas por los participantes es el autocontrol, seguido de distanciamiento y reevaluación. El utilizar el autocontrol implica la participación activa del paciente diabético en la toma de decisiones para cuidar de su afección, la forma de sobrellevar el tratamiento, así mismo como tener un control adecuado de las emociones. Sin embargo, la utilización del distanciamiento repercute de forma negativa en las personas ya que actúan como si no pasara nada, y no se preocupan por los cambios que están teniendo en sus vidas. Quizás eso podría explicar la falta de asistencia a las citas médicas que reportaron las autoridades del centro de Salud, sin embargo, se requiere una investigación que permita confirmar tal aspecto, ya que la presente investigación no se centró en la asistencia a las consultas médicas de estos pacientes. Por otra parte, la estrategia de reevaluación favorece que el paciente perciba el lado positivo de las cosas, tratando de enfrentar de manera exitosa el padecimiento. Por ende, tanto el autocontrol y la reevaluación son estrategias que pueden favorecer en mayor medida el afrontamiento de una enfermedad crónica (Pelechano, 2005).

Tal como se señala en el estudio de Méndez & Vázquez (1994) el uso de un determinado tipo de estrategia de afrontamiento puede impactar negativamente en un adecuado manejo de la enfermedad. Pero también se destaca que una estrategia no es mejor que otra, ya que el empleo de esta puede generar tanto repercusiones favorables como desfavorables en la regulación emocional. Los resultados obtenidos dependerán de la situación en que las personas utilizan una u otra estrategia, así como de la capacidad de



usar de forma flexible múltiples estrategias. Es importante realizar otros estudios que investiguen en qué situaciones utilizan estas estrategias los pacientes con diabetes.

Los resultados de nuestro estudio difieren con estudio de Almeida y Rivas (2008) pues encontraron que las estrategias de afrontamiento utilizadas fue resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, en el cual la diferencia de ambos estudios están vinculados a que son muchos los factores que inciden en el uso de una u otra estrategia entre los que se encuentran: situación económica, el medio social y familiar así como las características de personalidad propias de cada persona.

Tal como se ha señalado en los resultados, no existe relación entre nivel de calidad de vida y estrategias de afrontamiento. quizás esa independencia puede estar vinculada a que la calidad de vida según Ramírez (2009) está influenciada por otros factores entre los que se destacan la personalidad y la naturaleza de la situación que se viva, que es donde la persona evalúa si la situación la considera positiva, negativa o neutra. Existen también otras condicionantes como el bienestar físico, material, social, así mismo como el desarrollo óptimo que tenga la persona en su medio. Sin embargo, se requiere realizar más estudios y ampliar la población para verificar la ausencia de esa relación entre ambas variables.



Con la realización de esta investigación se identificaron las siguientes limitaciones:

Hubo poco apoyo de las autoridades del centro de salud en cuanto la facilitación de los datos de los pacientes, las listas facilitadas se encontraban desactualizadas y no se facilitó el uso del centro para reunir a los pacientes.

Se carece de un listado actualizado de las personas con diabetes en el centro de salud Félix Pedro Picado, lo que dificultó la recogida de la información, realizándose esta casa a casa. El listado proporcionado por el centro tenían algunos integrantes del programa que ya habían fallecidos o que ya no vivían en el barrio.



Conclusiones

A continuación se presentarán las principales conclusiones del estudio:

La mayoría de los participantes encuestados fueron mujeres, entre las edades de 60 a más años, de religión católica, con estudios de primaria incompleta y casados.

Más de la mitad de los participantes presentan un bajo nivel de calidad de vida en la dimensiones de salud física, salud psicológica y relaciones sociales. En la dimensión ambiente se presentó con mayor frecuencia un nivel medio. Predominando así, un nivel bajo en la calidad de vida general.

La estrategia de afrontamiento más predominante por los participantes fue la de autocontrol seguido de la estrategia de distanciamiento y de reevaluación.

No existe relación entre ambas variables.



Recomendaciones

A los pacientes

Fortalecer la calidad de vida en la dimensión psicológica realizando ejercicios de relajación o meditación que les permitan afrontar de manera óptima esta enfermedad y las consecuencias que se pueda desencadenar en la vida diaria.

Mejorar la dimensión física y social de la calidad de vida participando en actividades recreativas como talleres de pintura, de danza y otras, que les permitan, por una parte disfrutar de ocio y por otra, reducir los efectos de esta enfermedad en su vida.

Al Centro de Salud

Implementar programa de educación para los pacientes con diabetes que permita dotarlo de conocimientos sobre la misma y favorecer al manejo de estrategias efectivas para afrontar dicha enfermedad.

Favorecer en el programa de pacientes crónicos la atención psicológica que les permita a los pacientes afrontar de forma óptima su enfermedad y así poder adquirir hábitos saludables y el manejo de las emociones.

Promover actividades de ocio en el programa de crónicos que les permitan a los pacientes brindar un espacio agradable para compartir con otras personas.

A otros investigadores:

Realizar estudios sobre los factores que influyen en la calidad de vida del paciente crónico, enfatizando en los aspectos familiares y sociales.



Referencias Bibliográficas

Apóstolo, Castro, Ribeiro & Domínguez. (2007). *La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. . Revista Latino-Americana de Enfermagem . vol.15 no.4.*

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000400009&script=sci_abstract&tlng=es

Almeida & Rivas. (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II México.

<http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cientifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>

Aráuz, Delgado & Delgado Téllez. (2014). Prevalencia de Diabetes Mellitus y factores de riesgo en mayores de 20 años de las cabeceras departamentales de Nicaragua.

Almendárez, Silva, León García, Romero & Rocha (2016) Diagnóstico situacional del quehacer en el control de la Diabetes Mellitus tipo II en los tres Centros de Salud de la Ciudad de León.

Barceló & Rajpathak. (2001). *Incidencia y prevalencia de diabetes mellitus en las Américas Rev. Panam Salud Pública; 10(5):300-308.*

Barrios, Guerrero, Ríos & Sánchez. (2004). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS; 42: 109-116.*

<http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>



Carrasco, L. (1998) Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization.

Carr, A. (2007). Psicología positiva. Barcelona, Paidós.

Colmenares V, Gonzales S, Rivero I. (2012). *Calidad de vida*.

Felce, D. & Perry, J. (1995). La calidad de vida: Su definición y medición. Investigación en Discapacidades del Desarrollo, 16 (1), 51-74

Folkman S, & Lazarus, R. (1984). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire (WOC-R)* Palo Alto .CA. Consulting Psychologist Press.

Gamboa, C (2013). Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II y su calidad de vida. Programa de diabetes del hospital nacional dos de mayo. Lima, Perú
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3625/1/Gamboa_cc.pdf

Gómez, Rodríguez, Vargas, Martínez, & Villarreal. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.vol.12* <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im1051.pdf>



González, Valdés & Mojena. (2005). Características clínicas de la diabetes mellitus en un área de salud. Ciudad de la Habana.

Heredia & Pinto. (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico Universidad Católica Boliviana "San Pablo". AJAYU, 2008, Vol. VI, Nº 1

<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n1/v6n1a2.pdf>

Ibrahim. (2015). Estilo de vida y Control Metabólico en Instituto Nacional de Diabetes en Estados Unidos.

Lazarus R, Folkman S. (2005). *El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento*. New York: McGraw-Hill; .

Maradiaga, Valle & Zambrano. (2012). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Colombia.

Méndez & Vásquez. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. Anal Psicol; 10(2):189-198.

Miranda M, Domínguez M, Arroyo F, Mendez P, & Buitrago J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 1. España.

<http://www.analesdepediatria.org/es/calidad-vida-relacionada-con-salud/articulo/S1695403312001646/#bib0025>



- Monardes, González & Soto. (2011). Calidad de vida: *concepto, características y aplicación del constructo*, Revista *Sujeto, Subjetividad y Cultura*, Número 2. Santiago de Chile, Pág. 68-86.
https://www.researchgate.net/publication/235989330_Calidad_de_vida_conceptos_caracteristicas_y_aplicacion_del_constructo
- Muñoz, Gómez & Ballesteros. (2013). *Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá*. *Rev. Salud pública*. 16 (2): 246-259.
- OMS, (1998) the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF
- Pelechano. (2005). Acerca de «aprontamiento» y «enfermedad crónica»: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia .Universidad de la Laguna, Tenerife.
- Pérez, Gómez & Montoya. (2015). Diabetes mellitus: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Argentina.
- Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal, Martínez & Cano. (2008). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus, Caracas *Rev.Asp.psic.vol.10*



Road (2015). Qué es la diabetes. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División del Programa de Control de la Diabetes, Estados Unidos.

Rodríguez G. (2003) Factores Psicosociales en el manejo de la diabetes tipo 2, Universidad Autónoma de México.

Romero M, Acosta S, Carmona I, Sarmiento A, & Masco M. (2010). Revista Ciencias Biomédicas » Volumen 1 No. 2: *Calidad de Vida de Personas con Diabetes*.

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol12/calidaddevida/#sthash.zanE0VCT.dpuf>

Salazar G, Guerrero G, Rodríguez C & Figueroa N. (2006-2007) Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco.

<http://www.cocmed.sld.cu/no133/no133ori14.htm>

Salotti. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires.

Serlin & Lash. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus gestacional. 80:57-62.

Siminerio & Furnel. (2004). Educación diabética: superar los obstáculos afectivos. Diabetes Voice.



Valencia (2014) Diferencias básicas entre la diabetes tipo I y diabetes tipo II. Barcelona

<https://blog.diabetes.ascensia.es/blog/index.php/cuales-son-las-diferencias-basicas-entre-la-diabetes-tipo-1-y-la-diabetes-tipo-2>

Vargas. (2009). Diferentes factores psicosociales en la Diabetes Mellitus Tipo 1. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Vásquez, Crespo & Ring. (2000) Estrategias de afrontamiento
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

Vera. (2005). *La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos*

Zamora J. (2014). impacto que tiene la diabetes mellitus tipo II en la calidad de vida que presentan los pacientes que acuden al programa de crónicos del centro de salud de Navarra, España.

<http://www.grin.com/es/e-book/281069/estilo-de-vida-y-control-metabolico-de-los-pacientes-con-diabetes-mellitus>

Zubirán, (2013) Calidad de vida y diabetes, Instituto nacional de ciencias y nutrición, Salvador.



Anexos

Anexo 02

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación titulada “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con diabetes tipo II del centro de salud Félix Pedro Picado” es realizado por Br. Cristian Alexandra Cruz Ortiz y Br. Carola Tatiana Blandón Arancibia, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León, como requisito para optar al título de licenciatura en Psicología. Tiene como objetivo conocer el nivel de calidad de vida y estrategias de afrontamiento presente en los pacientes con diabetes del Centro de salud Félix Pedro Picado Sutiaba, León. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder 3 tipos de instrumentos (una encuesta de características sociodemográficas, otro de estrategia de afrontamiento y el último de calidad de vida). La aplicación de estos instrumentos llevará 1 hora de su tiempo. La información que obtengamos mediante dichos medios será confidencial y se utilizará solo para fines investigativos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria por lo que usted puede retirarse del mismo en el momento que desee sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas establecidas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

- ❖ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Br. Cristian Alexandra Cruz Ortiz, Br. Carola Tatiana Blandón Arancibia, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.
- ❖ He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es conocer el nivel de calidad de vida y estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con diabetes del Centro de salud Félix Pedro Picado Sutiaba, León.
- ❖ Me han indicado también que tendré que responder 3 instrumentos, lo cual tomará aproximadamente 1 hora.
- ❖ Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- ❖ He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto provea perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los investigadores a los teléfonos (claro): 84478165/ 89295314.
- ❖ Los resultados de la investigación serán entregados tanto a los participantes como al centro de salud.
- ❖ Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los investigadores a los teléfonos anteriormente mencionados.

Nombre del Participante: _____

3

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Anexo 03

La siguiente encuesta tiene como objetivo recoger información sobre los datos sociodemográficos.

Encuesta sociodemográfica.

Código: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Religión: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

4

Tiempo transcurrido desde que fue diagnosticado con diabetes tipo
2: _____

Anexo 04

Escala de WHOQOL - BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy Insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Gracias por su ayuda

Anexo 05

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Identificación: _____ Fecha: _____

Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en el último problema que tuvo, enúncielo brevemente y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como se describe en cada una de estas afirmaciones. 0 = En absoluto; 1 = En alguna medida; 2 = Bastante; 3 = En gran medida.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación(en el próximo paso)	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era de esperar	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera algún milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino(simplemente, algunas veces tengo mala suerte	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar, las cosas por su lado bueno	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual en mí. 8	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosa que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3

30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien como me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas	0	1	2	3
55. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Respeté mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiré y la tome como modelo	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior.	0	1	2	3

Anexo 06

A continuación se presentaran detalladamente las preguntas y respuestas con sus respectivos porcentajes que pertenecen a las dimensiones de la calidad de vida.

Salud Física		Frecuencia
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	nada	3
	un poco	12
	lo normal	7
	bastante	16
	extremadamente	11
¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionaren su vida diaria?	nada	2
	un poco	12
	lo normal	19
	bastante	15
	extremadamente	1
¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	nada	2
	un poco	14
	lo normal	12
	bastante	18
	totalmente	3
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	nada	3
	un poco	10
	lo normal	11
	bastante	18
	totalmente	7
¿Cómo de satisfecho/a esta con su sueño?	muy insatisfecho	11
	poco	13
	lo normal	4
	bastante satisfecho	15
	muy satisfecho	6
¿Cómo de satisfecho/a esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	muy insatisfecho	3
	poco	7
	lo normal	15
	bastante satisfecho	16
	muy satisfecho	8
¿Cómo de satisfecho/a esta con su capacidad de trabajo?	muy insatisfecho	5
	poco	7
	lo normal	14
	bastante satisfecho	18
	muy satisfecho	5

Anexo 07

Salud Psicológica		Recuento
¿Cómo disfruta de la vida?	nada	5
	un poco	8
	lo normal	18
	bastante	13
	extremadamente	5
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	nada	1
	un poco	7
	lo normal	15
	bastante	17
	extremadamente	9
¿Cuál es su capacidad de concentración?	nada	1
	un poco	6
	lo normal	26
	bastante	10
	extremadamente	6
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	nada	1
	un poco	2
	lo normal	22
	bastante	11
	totalmente	13
¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	muy insatisfecho	1
	poco	6
	lo normal	14
	bastante satisfecho	16
	muy satisfecho	12
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	nunca	4
	raramente	3
	moderadamente	11
	Frecuentemente	26
	siempre	5

Anexo 08

Relaciones Sociales		Recuento
¿Cómo de satisfecho/a esta con sus relaciones personales?	muy insatisfecho	1
	poco	1
	lo normal	14
	bastante satisfecho	25
	muy satisfecho	8
¿Cómo de satisfecho/a esta con su vida sexual?	muy insatisfecho	25
	poco	5
	lo normal	13
	bastante satisfecho	4
	muy satisfecho	2
¿Cómo de satisfecho/a esta con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	muy insatisfecho	9
	poco	8
	lo normal	10
	bastante satisfecho	17
	muy satisfecho	5

Anexo 09

Ambiente		Recuento
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada	0
	un poco	4
	lo normal	24
	Bastante	16
	extremadamente	5
¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada	2
	un poco	5
	lo normal	24
	Bastante	15
	extremadamente	3
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada	9
	un poco	26
	lo normal	8
	Bastante	4
	totalmente	2
¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	Nada	1
	un poco	15
	lo normal	12
	Bastante	17
	totalmente	4
¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	Nada	15
	un poco	10
	lo normal	14
	Bastante	10
	totalmente	0
¿Cómo de satisfecho/a esta de las condiciones del lugar donde vive?	muy insatisfecho	1
	Poco	6
	lo normal	18
	bastante satisfecho	15
	muy satisfecho	9
¿Cómo de satisfecho/a esta con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	muy insatisfecho	2
	Poco	5
	lo normal	24
	bastante satisfecho	14
	muy satisfecho	4
¿Cómo de satisfecho/a esta con los servicios de transporte de su zona?	muy insatisfecho	5
	poco	10
	lo normal	20
	bastante satisfecho	12
	muy satisfecho	2

Anexo 10

Imágenes de recogida de información

