



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en
el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de
Guayaquil, año 2020.**

AUTORA:

Carrillo Pinto, Ana Lissette

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. González, Ana. MGs.

Guayaquil, Ecuador

19 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Carrillo Pinto, Ana Lissette**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

LCDA. GONZÁLEZ NAVAS, ANA JUDITH. MGs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGs

Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carrillo Pinto, Ana Lissette**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 días del mes septiembre del año 2020

AUTORA:

f.  _____

Carrillo Pinto, Ana Lissette



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carrillo Pinto, Ana Lissette**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2020

AUTORA:

f. _____

Carrillo Pinto, Ana Lissette

Documento [TESIS FINAL ANA CARRILLO.pdf](#) (D79350514)
Presentado 2020-09-17 17:36 (-05:00)
Presentado por anna_lisette@hotmail.com
Recibido sylvia.hidalgo.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 26 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
⊕ Categoría	Enlace/nombre de archivo
⊕	TESIS FINAL.pdf
⊕	TESIS MARCO TEORICO.docx
⊕ >	TESIS MARLON JENNIFFER FEBRERO 2020.docx
⊕	https://docplayer.es/171048220-Universidad-catolica-de-santiago-de-guayaquil-facu...
⊕	orkunddddddd enviar.docx

PDF
+
↔
🖨
↑
←
→
⚠ 0 Advertencias.
🔄 Reiniciar
📄 Exportar
🔗 Compartir
?

Compartir

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA TEMA: Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de

la ciudad de Guayaquil, año 2020. AUTORA: Carrillo Pinto, Ana Lisette

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería TUTORA: Lcda.

González, Ana. MGs. Guayaquil, Ecuador 19 de septiembre del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Carrillo Pinto, Ana Lisette, como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. TUTORA f. _____ LCDA. GONZÁLEZ NAVAS, ANA JUDITH. MGs DIRECTORA DE LA CARRERA f. _____ LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGs Guayaquil, a los 19 del mes de septiembre del año 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Carrillo Pinto, Ana Lisette DECLARO QUE: El Trabajo de Titulación,

Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A 25 de enero de

Activar Windows
 Ve a Configuración para activar Windows.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS MARCO TEORICO.docx (D79341009)
Submitted: 9/17/2020 9:11:00 PM
Submitted By: anna.lisette1989@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme guiado y acompañado a lo largo de toda mi carrera, por haber sido mi fortaleza en los momentos de debilidad, y por haberme brindado una vida llena de largas trayectorias de felicidad, aprendizajes y experiencias. A mis padres y abuelo por apoyarme en todo momento y haber cultivado valores en mi vida que hoy en día dicen con mi culminación que sus cosechas han dado frutos y sobre todo por ser mí ejemplo de vida a seguir. Pero, sobre todo, gracias a nuestros docentes, ya que son ellos quienes han sido nuestro motor para llegar a esta gran meta, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

Autora

Carrillo Pinto, Ana Lissette

DEDICATORIA

Al forjador de mi camino, mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo, gracias Dios por ayudarme a cumplir esta mi meta tan anhelada. A mi familia ya son ellos quienes nos dan fuerzas y ganas de seguir adelante con el objetivo de alcanzar mi meta. A mis padres por habernos forjado como la persona que somos en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este en especial, os dedico este trabajo de investigación que he desarrollado con tanto cariño.

Autora

Carrillo Pinto, Ana Lissette



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES. MGs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ. MGs
COORDINADORA DEL ÁREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ. MGs
OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	IX
ÍNDICE.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICO	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRAC	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL:.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	9
CAPÍTULO II.....	10
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.2.1 Diabetes Mellitus II	13
2.2.2 Estilos de vida.....	14
2.2.3 Factores predisponentes	18
2.2.4 Complicaciones	21
2.2.3 Calidad de vida.....	22
2.2.4 Dimensiones relacionadas a la calidad de vida	23

2.2.5 Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus: Evaluación de Calidad de Vida.....	23
2.3. MARCO LEGAL.....	25
CAPÍTULO III.....	27
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1 Tipo de estudio.....	27
3.2 Población y muestra.....	27
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	27
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	28
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	29
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS.....	48
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1: Edad.....	30
GRÁFICO 2: Sexo.....	31
GRÁFICO 3: Instrucción.....	32
GRÁFICO 4: Etnia.....	33
GRÁFICO 5: I.M.C.....	34
GRÁFICO 6: Procedencia	35
GRÁFICO 7: Envejecimiento.....	36
GRÁFICO 8: Sedentarismo	37
GRÁFICO 9: Hábitos alimenticios	38
GRÁFICO 10: Complicaciones físicas.....	39
GRÁFICO 11: Complicaciones psicológicas.....	40
GRÁFICO 12: Dimensión Física.....	41
GRÁFICO 13: Dimensión Psicológica	42
GRÁFICO 14: Dimensión social	43

RESUMEN

La calidad de vida constituye es un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, especialmente lo relacionado con la dieta, actividad física, administración del medicamento y de insulina para el control de su enfermedad debido a esto se realizó un estudio cuyo **objetivo** es Determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020. **Tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, **población:** 100 historias clínicas de pacientes y 50 pacientes entre la edad de 35 a 50 años. **Instrumentos:** cuestionario de preguntas (Encuesta) y guía de observación indirecta (EsDQOL) **Resultados:** el 50% están en edades de entre 35 a 40 años, son de sexo de masculino el 59%, instrucción primaria 41%, etnia mestiza 68%, I.M.C. 38% sobrepeso y obesidad grado I, proceden del sector urbano 60%, el envejecimiento 80%, sedentarismo 89% están presente y los hábitos alimenticios están ausentes en un 80%. las complicaciones están presentes en los pies en un 38% y psicológicas un 58%. En los parámetros de la calidad de vida la dimensión física 52%, dimensión psicológica 44% y la dimensión social 62%. **Conclusión:** en el centro de salud tipo A los pacientes con diabetes mellitus necesitan de conocimiento y esto se debe a la falta de educación y conocimiento.

Palabras clave: calidad de vida, diabetes mellitus, pacientes

ABSTRAC

Quality of life is a fundamental axis in the treatment of patients with diabetes mellitus, especially those related to diet, physical activity, administration of medication and insulin to control their disease, due to this a study was carried out whose **objective** en To determine the quality of life of patients with type II January 25 diabetes mellitus, in a type A health center in the city of Guayaquil, year 2020. **Type of study:** descriptive, cross-sectional, quantitative, prospective, population: 100 clinical records of patients and 50 patients between the age of 35 to 50 years. **Instruments:** questionnaire (Survey) and indirect observation guide (EsDQOL) **Results:** 50% are between the ages of 35 and 40 years, 59% are male, 41% are primary school, 68% are mixed race, BMI 38% are overweight and obese grade I, from the urban sector 60%, aging 80%, sedentary lifestyle 89% are present and eating habits are absent in 80%. Complications are present in the feet in 38% and psychological a 58%. In the quality of life parameters, the physical dimension 52%, the psychological dimension 44% and the social dimension 62%. **Conclusion:** in the type A health center, patients with diabetes mellitus need knowledge and this is due to the lack of education and knowledge.

Key words: quality of life, diabetes mellitus, patients

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido cada vez más importancia en la práctica de la medicina como indicador de la calidad de variados y diferentes tratamientos y sus resultados. Se considera la calidad de vida relacionada con la salud como un constructo basado en la calidad de vida de la persona del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria (1).

En los últimos tiempos la calidad de vida ha tenido un progresivo desinterés tanto por los profesionales de la salud, quienes son los que comienzan con la educación, como las personas que padecen de diferentes enfermedades. Muchas de estas enfermedades que deterioran la calidad de vida, afectan de manera directa e indirecta la vida social y laboral.

Según la organización mundial de salud, se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, por comparación con 108 millones en 1980. Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble —del 4,7% al 8,5%— en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. En el último decenio, la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos (2).

La diabetes causó 1,5 millones de muertes en 2012 y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. De estas muertes, el 43% se produce antes de la edad de 70 años. El porcentaje de las muertes atribuibles a la hiperglucemia o a la diabetes que se producen antes de los 70 años de edad es mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (2).

Las diferentes regiones están siendo afectadas en muy diferentes grados. Con más de 138 millones de personas afectadas, el Pacífico Occidental tiene más personas con diabetes que cualquier otra región. En el otro extremo del ranking regional de la diabetes, la población con diabetes de África es

actualmente la más pequeña entre todas las regiones. Sin embargo, en el año 2035 será el doble, y lo que resulta nefasto para la capacidad de desarrollo de África es que más de tres cuartas partes de las muertes por diabetes en 2013 ocurrieron en personas menores de 60 años, es decir, en edad laboral (3).

El panorama es igualmente preocupante en América Central y del Sur, donde se prevé que la población con diabetes aumente en un 60% en el año 2035. El rápido desarrollo ha conducido a una epidemia de la diabetes de rápido crecimiento en el Sudeste Asiático, lo que representa cerca de una quinta parte del total de casos en todo el mundo. Del mismo modo, la riqueza y el desarrollo en Oriente Medio y Norte de África han conducido a una gran proporción de diabetes, y uno de cada diez adultos de la región tiene la enfermedad (3).

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina. La diabetes mellitus junto con las enfermedades isquémicas del corazón, dislipidemias y la enfermedad cerebro vascular, aportan la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas (4).

En el país, la prevalencia de diabetes en la población general de 10 a 59 años es de 2.7 %, destacando un incremento hasta el 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años, reportando tasas marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa y la zona Insular con una incidencia mayor en mujeres. Con este escenario epidemiológico, el Ministerio de Salud Pública ha establecido que el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye una alta prioridad política y estratégica (4).

La presente investigación tiene como propósito determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, con edades comprendidas entre 35 a 50 años, en el centro de salud tipo A 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020. La metodología utilizada fue de nivel descriptivo con un método

cuantitativo en tiempo prospectivo y según la naturaleza es de corte transversal. Para una mejor comprensión ha sido dividida en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos

Capítulo II: Fundamentación conceptual, antecedentes de la investigación.

Capítulo III: Análisis de los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para los pacientes con diabetes mellitus, tanto en la enfermedad como en el tratamiento tiene un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como en el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no solo necesitan relacionarse o integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como calidad de vida. Es así, como el número de personas con diabetes está aumentando rápidamente. En 1955, se calcula que unos 30 millones de personas de todo el mundo padecían diabetes; en 1999, algo más de una década después, la cifra ha aumentado a 143 millones. Se espera que esta cifra llegue a alcanzar los 300 millones para el año 2025 (5).

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS/OMS 2014 (5).

Según datos revisados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la situación en el Ecuador no es diferente a la del resto de países de América Latina y el Caribe; las enfermedades crónicas no transmisibles, como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y obesidad, se han convertido en un problema de salud pública. La Diabetes Mellitus es la primera causa de muerte en el Ecuador (5).

En el centro de salud tipo A de la ciudad de Guayaquil, la situación o la problemática de los pacientes con diabetes con respecto a la deterioración de su calidad de vida es porque tienen un estilo de vida sedentaria una alimentación inadecuada y es aquí donde el profesional de enfermería que labora en las consulta debería promover a través de la educación para la salud

la adopción de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos, pero la situación de nuestro país es otra ya que en los diversos centros donde se atienden este tipo de pacientes no hay esta educación por parte de los profesionales.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020?
2. ¿Qué características demográficas tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020?
3. ¿Cuáles son los factores predisponentes que influyen en los pacientes con Diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020?
4. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en los pacientes con Diabetes tipo II en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020?
5. ¿Qué parámetros mide la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020?

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

La diabetes mellitus al ser una enfermedad crónica repercute en el bienestar del ser humano conllevándolo a presentar complicaciones; como la insuficiencia renal crónica, dislipidemias, obesidad, el cual puede producir consecuencias fatales en el ser humano, la familia y la economía, ocasionando gastos millonarios en forma directa e indirecta, aumentando el índice de mortalidad si no se toma en cuenta la calidad de vida (6).

El presente estudio posee relevancia social, debido a que el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas puede ocasionar cambios o modificaciones en la calidad de vida en los diferentes aspectos de la vida del individuo que las padece, es decir no solo en el ámbito físico, si no también psicológico, espiritual y emocional. De ahí que dado que la mayoría de los pacientes tienen un estilo de vida sedentaria, y alimentación inadecuada entre otras; éstas pueden traer consigo el fallecimiento de las personas que la padecen (6).

Los principales beneficiarios serán los pacientes con diabetes tipo II, que necesitan adoptar múltiples decisiones diarias para equilibrar su alimentación, su actividad física y su medicación previniendo complicaciones crónicas. Además el profesional de Enfermería que labora en los servicios de consulta externa permitiéndoles promover a través de la educación para la salud, la adopción de estilos de vida saludables mejorando la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo II, brindando un atención holística con calidad y calidez; dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y el desarrollo de la práctica clínica (6).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020.
2. Identificar los factores predisponentes que influyen en los pacientes con Diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020
3. Establecer las complicaciones más frecuentes en los pacientes diagnosticados de Diabetes tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020.
4. Medir la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, con el test de EsDqol, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de este trabajo de titulación se consultó y analizó estudios e investigaciones de varios autores de diferentes países con un tiempo aproximado de 5 años y es así como:

Bautista (2015, Colombia) nos menciona que la calidad de vida relacionada con la salud tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido denominado una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud. A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden en ella. “La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico (7).

Chavarri (2015, Costa Rica), nos menciona en su artículo de revisión que la calidad de vida de personas que padecen enfermedades crónicas, se ve afectada ya que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado. La Organización Mundial de la Salud, ha valorado la importancia de este concepto, por lo tanto, propuso desde 1993 la siguiente definición de calidad de vida como la percepción personal de un

individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. En los últimos años alrededor del mundo, se han elaborado y validado; múltiples cuestionarios que evalúan calidad de vida; estando dentro de estos, varios que son específicos para pacientes diabéticos (8).

Guerrero (2018, México) nos dice en su artículo que la diabetes es una enfermedad que tiene un alto impacto no solo en la vida del paciente, sino también en las instituciones de salud, pues ocasiona que se eleve el número de hospitalizaciones y gastos derivados, de ahí que sea importante que los pacientes y los trabajadores del área de la salud trabajen de forma mancomunada para reducir la incidencia de este padecimiento, evitar sus complicaciones y disminuir sus niveles de mortalidad. Para ello, se deben tomar en cuenta los factores de riesgo que se indican en el punto 8.1.4 de esta NOM: Sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, >45 años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedentes de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial (>140/90), dislipidemias (colesterol HDL<40 mg/dl, triglicéridos>250 mg/dl), a los y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos (9).

Simplício (2017, España) en su artículo nos menciona que el autocuidado puede ser definido como la práctica de la persona en desarrollar acciones en su propio beneficio en el mantenimiento de la vida, salud y bienestar, dejando de estar pasivo en relación a los cuidados y directrices indicados por los profesionales de salud, estando directamente relacionado con los aspectos sociales, económicos y culturales en que el sujeto está inserto. El autocuidado es considerado uno de los principales componentes del complejo tratamiento que la persona con DM debe asumir, exigiendo que ella tenga conocimiento y habilidades para desarrollar los comportamientos de autocuidado que son esenciales para el tratamiento y mantener la calidad

del control metabólico, reduciendo las morbidades asociadas a las complicaciones del DM. En ese sentido, la educación para el autocuidado es recomendada por la Organización Mundial de Salud por ser una herramienta que hace a la persona con DM protagonista de su tratamiento, permitiendo mayor adhesión al esquema terapéutico y, así, prevención de las complicaciones originadas por ese problema crónico (10).

Zabala (2018, Ecuador), nos menciona en su artículo que un estilo vida saludable previene el desarrollo de la DM2. Las guías ALAD expresan el impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en la relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la DM2. Además es importante conocer los rasgos de personalidad de los pacientes, ya que podría ayudar al personal de salud a predecir si adoptará un comportamiento saludable. Se recomienda promover el autocuidado a la población general sobre los hábitos a tener: promover la realización de ejercicio físico al menos 2,5 horas/semana con una intensidad moderada, realizar una dieta balanceada con frutas, vegetales, pescado y aves de corral, alimentos altos en fibra, cereales integrales y grasa poliinsaturada, disminuyendo la sal, grasas saturadas, carbohidratos simples, consumo de tabaco y alcohol. El costo del tratamiento para pacientes con diabetes resulta elevado, por lo que se ve afectada la economía personal y nacional desde el punto de vista de la Salud Pública; en consecuencia, la prevención resulta económicamente más eficaz y eficiente para el individuo y la sociedad (11).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Diabetes Mellitus II

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de prevalencia creciente asociada a la obesidad, el sedentarismo y el envejecimiento de la población. La magnitud del problema obliga a ser muy cuidadosos en el momento de decidir el mejor tratamiento cuando no se logran objetivos de control todo y las medidas higienicodietéticas y la metformina. El tratamiento de esta enfermedad, una vez establecida, está orientado a evitar el desarrollo de descompensaciones agudas y de las complicaciones crónicas que determinan la morbilidad y QNla mortalidad (12).

La base de este tratamiento son las medidas higienicodietéticas y la metformina. Durante muchos años, la única alternativa a la metformina fueron las sulfonilureas (SU) y la insulina. Posteriormente, se incorporaron los inhibidores de las glucosidasas y las tiazolidindionas (TZD). A lo largo de los últimos años, pero, se han desarrollado otras muchas dianas terapéuticas diferentes que han supuesto la aparición de varios grupos farmacológicos (12).

El término diabetes mellitus (DM) define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas. La DM puede presentarse con síntomas característicos, como sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso. Frecuentemente, los síntomas no son graves o no se aprecian. Por ello, la hiperglucemia puede provocar cambios funcionales y patológicos durante largo tiempo antes del diagnóstico. (Sistema Nacional de Salud, 2008) (12).

La diabetes mellitus tipo 2 se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la

morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países (12).

2.2.2 Estilos de vida

El manejo de un adecuado estilo de vida en el paciente diabético tiene un gran impacto en las complicaciones agudas y crónicas, el paciente diabético debe desarrollar conductas saludables especialmente en aspectos relacionadas con: alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas recreacionales, actividades recreativas, relaciones interpersonales, actividades laborales.

El estilo de vida constituye un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, especialmente lo relacionado con la dieta, actividad física, administración del medicamento y de insulina para el control de su enfermedad

Entre los principales componentes del estilo de vida se encuentran:

- Alimentación o dieta
- Abandono del alcohol y cigarrillo
- Actividad física – ejercicio
- Educación sobre diabetes
- Adherencia al tratamiento
- Manejo del estrés (aspecto psicológico)

Dieta: Una dieta adecuada es un elemento esencial del tratamiento de todo paciente diabético. Debe establecerse un apropiado plan de comidas, con un adecuado aporte nutricional y calórico, para el cual el enfermo debe estar bien preparado y entrenado, pues el objetivo es proveer comidas balanceadas nutricionalmente que le permitan mantener un estilo de vida acorde con sus necesidades, conservar un peso corporal saludable y un buen control metabólico. La alimentación de un paciente diabético debe ser como la de cualquier persona sana: equilibrada y variada, es decir que incluya todos los nutrientes y grupos de alimentos en las proporciones adecuadas e hipocalórica cuando el paciente presente problemas de sobrepeso u obesidad. La dieta en el paciente diabético debe observar los siguientes aspectos:

- Personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Fraccionada en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación, almuerzo, colación, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento se mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada
- Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios.
- Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo.
- La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia.
- Productos elaborados con harinas integrales: la gran mayoría de éstos son elaborados con harinas enriquecidas con fibra insoluble (salvado, etc.) que no tiene ningún efecto protector sobre la absorción de carbohidratos y por lo tanto no son aconsejables.
- Lácteos dietéticos: en general son elaborados con leche descremada que tiene un valor calórico menor y un contenido de grasas saturadas mucho más bajo.

Abandono del tabaco y de los productos del tabaco

Fumar aumenta el riesgo de enfermedad vascular cerebral, coronaria y periférica. El fumador pasivo también está expuesto a riesgo cardiovascular. El abandono por completo del cigarrillo disminuye el riesgo de enfermedad coronaria.

Abandono del consumo de alcohol

Las bebidas alcohólicas contienen azúcar y, por lo tanto, pueden provocar un aumento de los niveles de glucemia. Asimismo, contienen muchas calorías por lo que favorecen el aumento de peso. Algunas bebidas alcohólicas llamadas digestivas como la cerveza contienen más azúcar que el whiskey o que el Vodka.

Actividad Física

Una reducción de peso entre el 5 y 10 % en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con sobrepeso u obesidad disminuye a su vez la resistencia a insulina, mejora los valores de glucosa y lípidos, y disminuye la tensión arterial. La OMS recomienda realizar al menos 45 min/diarios de ejercicio aeróbico de intensidad moderada (caminar, trotar, nadar, etc.), ha demostrado mejorar el control de la glicemia, disminuye el riesgo cardiovascular, contribuye en la reducción de peso, mejora el perfil lipídico y ayuda al control de la tensión arterial. Lo recomendable es realizar ejercicio fraccionado 3 o 4 veces por semana.

Educación

Es un pilar importante que contribuye al control efectivo de la enfermedad. Para algunos especialistas, el mejor tratamiento falla si el paciente no participa día a día en el control de los niveles de la glicemia. Se considera, por tanto, la piedra angular del tratamiento, lo que implica tener conocimientos, hábitos y motivaciones. La educación al paciente diabético es importante para:

- Lograr un buen control metabólico
- Prevenir complicaciones
- Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad
- Mantener o mejorar la calidad de vida
- Asegurar la adherencia al tratamiento
- Lograr la mejor eficiencia en el tratamiento teniendo en cuenta costo-efectividad, costo beneficio y reducción de costos
- Evitar la enfermedad en el núcleo familiar

Los principales aspectos que se deben incluir en los programas de educación a los diabéticos son:

- Explicación sobre qué es la diabetes y los tipos que existen.
- Objetivos del control de esta enfermedad.
- Monitoreo, interpretación y uso de los niveles de la glicemia.
- Hipoglicemia y otras complicaciones.
- Planificación de las comidas y la dieta.
- Ejercicio.
- Cuidados de los pies
- Consideraciones psicológicas
- Cómo mantenerse saludable, qué hacer durante los días en que se está enfermo y cuándo consultar al médico.
- Viajes
- Otros temas específicos: obesidad, insulina e hipoglicemiantes orales, cetoacidosis, embarazo y otros

Condición psicológica.

El estrés emocional en muchas ocasiones es aquel que produce el descontrol y la falta de interés del paciente en llevar un estilo de vida adecuado siguiendo las normas correctas del tratamiento establecido para controlar y evitar complicaciones en su enfermedad. La aparición de la enfermedad demanda un reajuste al estilo de vida del paciente en diferentes ámbitos laboral, familiar, personal, por lo cual se produce una desestabilidad emocional que puede provocar en muchas ocasiones que el paciente llegue a grados muy altos de depresión es por esto que el paciente debe contar con apoyo familiar para poder enfrentar de la mejor manera los cambios que esta enfermedad va a producir en su estilo de vida. El acompañamiento es vital, considerando que los niveles de estrés que determinen en el paciente conductas poco adecuadas que deterioren su calidad de vida.

Adherencia al tratamiento y control medico

Hace referencia al cumplimiento del tratamiento o del régimen terapéutico indicado, lo que implica la buena disposición de paciente para seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico lo que incluye toma de

medicamentos, administración de insulina, dieta, ejercicio, control, autocuidado en suma el paciente debe tener capacidad para la toma de la medicación y seguimiento de régimen en el estilo de vida indicados por el personal de salud. Se debe recalcar que la comunicación entre el paciente y el personal de salud es un requisito esencial para la práctica clínica.

2.2.3 Factores predisponentes

Factores de riesgo no modificables

- **Edad.** La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad.
- **Raza/etnia.** El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus (DM).
- **Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado.** Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Antecedente de DM gestacional.** Las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición.
- **Síndrome del ovario poliquístico.** Este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones; en Estados Unidos hasta un 40 % de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tiene alterada su regulación de la glucosa a los 40 años², y un metaanálisis reveló aproximadamente tres veces mayor riesgo de DM gestacional en las mujeres con dicho síndrome, odds ratio de 2,94.

Factores de riesgo modificables

- **Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal.** La obesidad (índice masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²) y sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²) aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa y DM2 en todas las edades. Actúan induciendo resistencia a la insulina. Más del 80 % de

los casos de DM2 se puede atribuir a la obesidad, y su reversión también disminuye el riesgo y mejora el control glucémico en pacientes con DM establecida². En el Nurses' Health Study el riesgo relativo (RR) ajustado por edad para DM fue 6,1 veces mayor para las mujeres con IMC >35kg/m² que para aquellas con IMC < 22 kg/m². Igualmente, un aumento de 1 cm en el perímetro de cintura eleva el riesgo de DM2 y de glucemia basal alterada en un 3,5 y un 3,2 %, respectivamente. Los estudios que tratan de discernir la importancia relativa del perímetro de cintura en comparación con el IMC respecto al riesgo de desarrollar DM2 no han mostrado una importante ventaja de uno sobre el otro.

- **Sedentarismo.** Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de DM2. Entre las conductas sedentarias, ver la televisión mucho tiempo se asocia con el desarrollo de obesidad y DM. La actividad física de intensidad moderada reduce la incidencia de nuevos casos de DM2 (RR: 0,70; IC del 95 %: 0,58-0,84), independientemente de la presencia o ausencia de intolerancia a la glucosa, como han demostrado diversos estudios.
- **Tabaquismo.** El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo de DM2 dependiente dosis (cuantos más cigarrillos, mayor riesgo) (RR: 1,4; IC del 95 %: 1,3-1,6), según un metaanálisis de 25 estudios que analizan la relación. Dejar de fumar puede reducir el riesgo de DM. El beneficio es evidente cinco años después del abandono, y se equipara al de los que nunca fumaron después de 20 años.
- **Patrones dietéticos.** Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares (RR:1,6; IC del 95 %: 1,3-1,9). El riesgo fue significativamente mayor (RR: 11,2) entre los sujetos que consumen esta dieta y son obesos (IMC ≥ 30 kg/m² frente a < 25 kg/m²). En contraste, aquellos que siguen una dieta caracterizada por mayor consumo de verduras, frutas, pescado, aves y cereales integrales tienen una modesta reducción del riesgo (RR: 0,8; IC del 95 %: 0,7-1,0)³. En cuanto a la dieta mediterránea (alto contenido de frutas,

verduras, cereales integrales y nueces y aceite de oliva como principales fuentes de grasa), el estudio PREDIMED concluyó que la dieta reduce la aparición de DM2 hasta un 40 %, sin necesidad de reducción de peso. Respecto a los componentes individuales de la dieta, el consumo de productos lácteos bajos en grasa, fibra, nueces, café, café descafeinado y té verde a largo plazo disminuyen el riesgo de DM2 (un 7 % de reducción del riesgo por cada taza de café), aunque no se considera probada una relación causa-efecto para recomendar el consumo de café como estrategia preventiva.

- **Trastornos de regulación de la glucosa.** También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglucemia, incluyen glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de la hemoglobina glucosilada, y ya se han definido en apartados anteriores. Su presencia aislada o conjuntamente supone un mayor riesgo de DM2.
- **Condicionantes clínicos asociados a mayor riesgo de DM2.** Los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca avanzada (clase III de la New York Heart Association [NYHA]) tienen mayor riesgo de desarrollar DM (RR = 1,7; IC del 95 %: 1,1-2,6)^{1,3}. La hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y el ictus también se asocian con mayor riesgo de DM2.
- **En cuanto a la DM** inducida por fármacos, los antipsicóticos atípicos olanzapina y clozapina se asocian a un mayor riesgo de desarrollar DM2; entre los fármacos del área cardiovascular, la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos también se asocia al desarrollo de DM, al igual que otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolimús, antirretrovirales (por ejemplo, inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina^{2,3}. Respecto a las estatinas, su uso confiere un pequeño aumento del riesgo de desarrollar DM y el riesgo es ligeramente mayor con tratamiento intensivo frente a moderado (RR: 1,12; IC del 95 %: 1,04-1,22).
- **Otros factores.** Se ha comprobado una relación en forma de U entre el peso al nacer y el riesgo de DM2. Un peso alto o bajo al nacer se

asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida (odds ratio: 1,36 y 1,47, respectivamente). Los niños prematuros, cualquiera que sea su peso, también pueden estar en mayor riesgo de DM2,3. La lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de DM: un 15 % de reducción por cada año de lactancia hasta 15 años después del último parto; en las madres con DM gestacional no hay beneficios

2.2.4 Complicaciones

Los pacientes con DM2 son más susceptibles a las diferentes formas de complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Entre las complicaciones más comunes se pueden incluir enfermedades macrovasculares entre las cuales constan (hipertensión, hiperlipidemia, ataques cardíacos, enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares, enfermedad vascular cerebral y enfermedad vascular periférica), enfermedades microvasculares (neuropatía, nefropatía y retinopatía) y cánceres (13).

Enfermedad cardiovascular. La enfermedad cardiovascular es una causa primaria de mortalidad y morbilidad tanto en la prediabetes como en la DM2, cuyo mecanismo potencial es el estrés oxidativo que tiene efectos significativos en la aterogénesis y puede contribuir a la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (13).

Neuropatía diabética. La neuropatía diabética puede estar asociada con úlceras en los pies, amputaciones, heridas en la piel que no cicatrizan y disfunción sexual (13).

Nefropatía diabética. La nefropatía diabética constituye una de las complicaciones microvasculares más importantes, cuya expresión más temprana representa la presencia de mínimas cantidades de proteína urinaria (microalbuminuria) que no se pueden detectar en el análisis de orina de rutina, pero se pueden detectar a través de pruebas específicas (13).

Retinopatía diabética. La retinopatía diabética representa una complicación microvascular de la DM que afecta a una de cada tres personas con DM. Constituye la tercera causa de ceguera a nivel mundial, pero la primera en personas de edad productiva en países en vías de desarrollo (13).

Cánceres: La evidencia epidemiológica ha demostrado que la diabetes puede aumentar el riesgo de contraer cáncer como el cáncer de hígado, el cáncer colorrectal, el cáncer de vejiga, el cáncer de riñón, el cáncer de mama, que varían de acuerdo a la persona que la padece. Los cánceres generalmente comparten muchos factores de riesgo, como la edad, la obesidad, el estilo de vida sedentario, el tabaquismo, una mayor ingesta de grasas saturadas y carbohidratos refinados, y algunos factores psicológicos (13).

2.2.3 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud OMS establece que la calidad de vida constituye la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que se desenvuelve, en relación con sus expectativas, objetivos, inquietudes y normas. Se trata de un concepto muy amplio que se ve influenciada de forma completa por la salud física de la persona, su estado psicológico, sus relaciones espirituales y sociales (13).

De esta manera, la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas como la diabetes se ve afectada debido a que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Por otro lado, si estas enfermedades son permanentes, generan incapacidades residuales ocasionadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado (13).

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

dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para la evaluación de la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud (13).

2.2.4 Dimensiones relacionadas a la calidad de vida

Dimensión física: se centra en la salud, el estado físico, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad se encuentran directamente asociados con aspectos de capacidad física y que pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas (13).

Dimensión psicológica: esta dimensión abarca la satisfacción (con las actividades, con los amigos), el estado mental, el estrés que se vincula con la estabilidad emocional, el concepto de sí mismo; es decir, su autoestima y la imagen del cuerpo, la seguridad, la vivencia religiosa, entre otros aspectos. Puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional de cada individuo (13).

Dimensión social: esta dimensión incluye dos subdimensiones fundamentales, la primera, la implicación social la cual se encuentra asociada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad; y la segunda, la calidad y aptitud de las relaciones personales en el núcleo de la vida en el hogar, con la familia y con los amigos (13).

2.2.5 Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus: Evaluación de Calidad de Vida.

El EsDQOL modificado consta de 43 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: «satisfacción con el tratamiento» (15 preguntas), «impacto del tratamiento» (17 preguntas), «preocupación por los efectos futuros de la diabetes» (4 preguntas), «preocupación por aspectos sociales y vocacionales» (7 preguntas). Se adiciono una pregunta sobre el estado de salud percibido. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntuaba desde «muy satisfecho» con puntaje de 1, hasta «muy insatisfecho» con puntaje de 5. Las escalas de impacto y preocupación se calificaron desde «ningún impacto» con puntaje de

1, hasta «siempre me afecta» con puntaje de 5. La pregunta que evaluó bienestar general presentó una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «Excelente» y 4 «pobre». De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significa una buena calidad de vida (14).

Los instrumentos de medida de CV se clasifican en genéricos e inespecíficos. Se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo de la enfermedad. La primera forma de evaluación específica de la DM fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación; Estudio Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT) para evaluar la CV relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad, esta medida se conoce como Diabetes Quality of Life (DQOL), herramienta de medición con una mayor sensibilidad a los efectos del tratamiento que en las medidas genéricas de CV que estaban disponibles anteriormente (14).

A principio de los años noventa un grupo de investigadores españoles adaptaron la versión en inglés del DQOL al idioma español, identificándose por las siglas EsDQOL. Los mismos autores en un análisis más detallado de cada ítem del instrumento, en el año 2002 demostraron que la exclusión de tres preguntas de la subescala «Impacto» que tendían a inducir confusión en las personas que se aplicaba dicho instrumento aumentaba la consistencia interna del instrumento y mejoraba la fiabilidad del mismo, surgiendo entonces la versión modificada del EsDQOL (14).

2.3. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Decreto Legislativo 0

Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008

Última modificación: 01-ago.-2018 Estado: Reformado

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (15).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (15).

Concordancias:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Arts. 358, 359, 360

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, Arts. 1, 103

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 27, 30

LEY ORGÁNICA DE SALUD, Arts. 1, 3, 9, 14, 23, 26, 30

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato

infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (15).

Concordancias:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Arts. 36

LEY ORGÁNICA DE SALUD, Arts. 22, 32

LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES, LOD, Arts. 4, 10, 19

LEY ORGÁNICA DE TRANSPORTE TERRESTRE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL, Arts. 48

CÓDIGO ORGÁNICO MONETARIO Y FINANCIERO, LIBRO I, Arts. 3, 10

CÓDIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 61

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 4, 12, 25, 42, 55, 57

CÓDIGO DEL TRABAJO, Arts. 153

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL, Arts. 106

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (15).

Concordancias:

LEY DEL ANCIANO, Arts. 1, 2

Sección séptima

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente (15).

Concordancias:

LEY ORGÁNICA DE SALUD, Arts. 13, 67, 144

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo ya que nos permitió describir las características del sujeto o población a estudiar sin influir sobre él.

Método: Cuantitativo porque los datos obtenidos se representaron de forma numérica y según el tiempo.

Tiempo: Prospectivo porque fue estudiado en un momento determinado.

Diseño: Según la naturaleza es de corte transversal porque el objeto de estudio se realizó en un solo momento.

3.2 Población y muestra

Estuvo constituido por 100 historias clínicas de pacientes y 50 pacientes entre la edad de 35 a 50 años que se hacen atender en el subcentro tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II
- Pacientes entre la edad de 35 a 50 años
- Pacientes que tengan historia clínica en el subcentro.

Exclusión:

- Pacientes que no pertenecen a la población o que no tienen historia clínica en el subcentro.
- Pacientes con complicaciones de origen metabólico

3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Para obtener la información de este trabajo de investigación se entregó un instrumento (cuestionario) para obtener los datos de la calidad de vida de cada paciente con diabetes mellitus tipo II, para la recolección de la información de las características sociodemográficas, se realizó una guía de observación indirecta dirigida a la revisión de los expedientes clínicos para la verificación de los datos de los pacientes relacionados al estudio, la misma que fue estructurada con 11 ítems y posteriormente se realizó una prueba

piloto para verificar la viabilidad y confidencialidad del instrumento de recolección de la información, de esta manera se evitó los sesgos en el trabajo investigativo.

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Luego de obtener la información correspondiente los datos fueron consolidados, tabulados e ingresados a una base de datos diseñados por los autores en el programa Microsoft Excel.

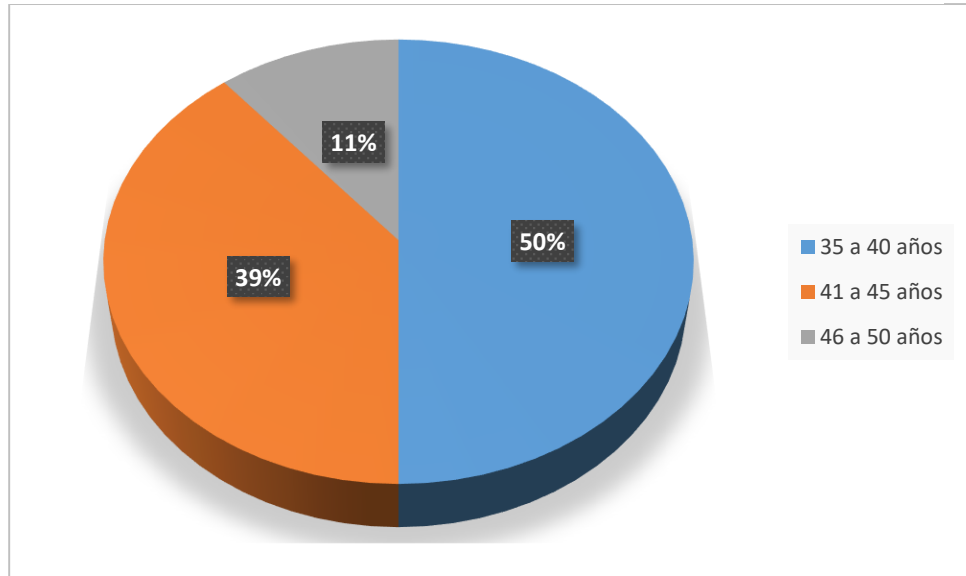
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE GENERAL: Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Características Sociodemográficas	Edad	35 a 40 años 41 a 45 años 46 a 50 años	Guía de observación indirecta/	Matriz de observación indirecta
	Sexo	Hombre Mujer		
	Instrucción	Primaria Secundaria Universitario Profesional		
	Etnia	Blanca Mestizo Afrodescendiente Indígena		
	IMC	Bajo Peso: <18.5 Normopeso: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad grado 1: 30-34.9 Obesidad grado 2: 35-39.9 Obesidad grado 3: ≥ 40		
	Procedencia	Rural urbano		
Factores predisponentes	Envejecimiento Sedentarismo Hábitos alimenticios	Presente Ausente		
Complicaciones	Físicas	De la piel De los pies De los ojos Cetoacidosis Nefropatías Enfermedades cardiovasculares. Cáncer		
	Psicológicas	Ansiedad Depresión		
Parámetros de la calidad de vida	Dimensión física	Estado físico Movilidad Seguridad personal	Encuesta	Cuestionario de EsDqol
	Dimensión psicológica	Satisfacción Estado mental Autoestima Imagen del cuerpo Seguridad Religión		
	Dimensión social	Implicación social Calidad y actitud		

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO 1: Edad

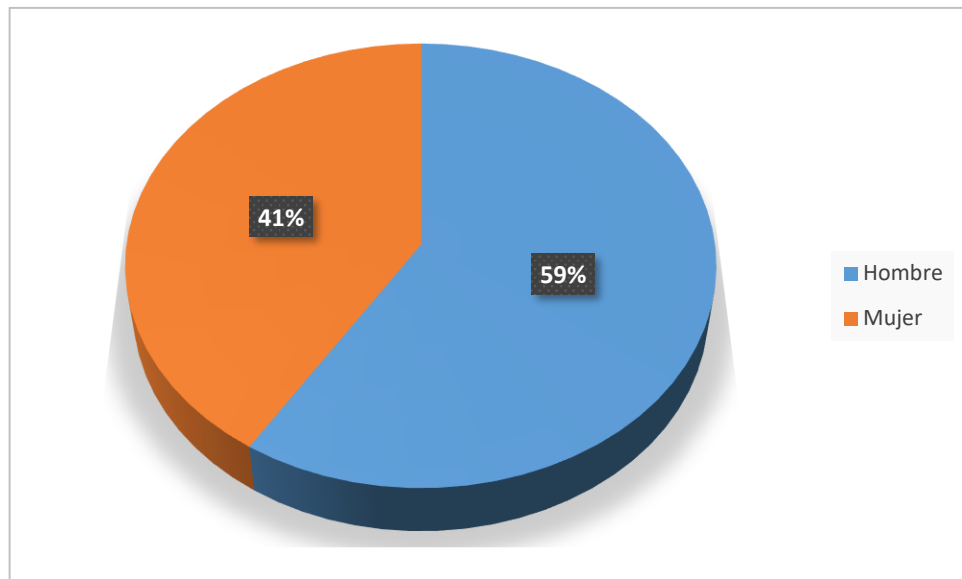


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

En el gráfico ya detallado se muestra que la edad que tiene más tendencia para presentar síndrome metabólico está entre 35 a 40 años y se puede deber a que esta es una etapa es donde las personas están activamente en labor y muchas veces no tienen tiempo para realizar una actividad relacionada con el ejercicio y el horario de comida y descanso no puede ser regulado.

GRÁFICO 2: Sexo

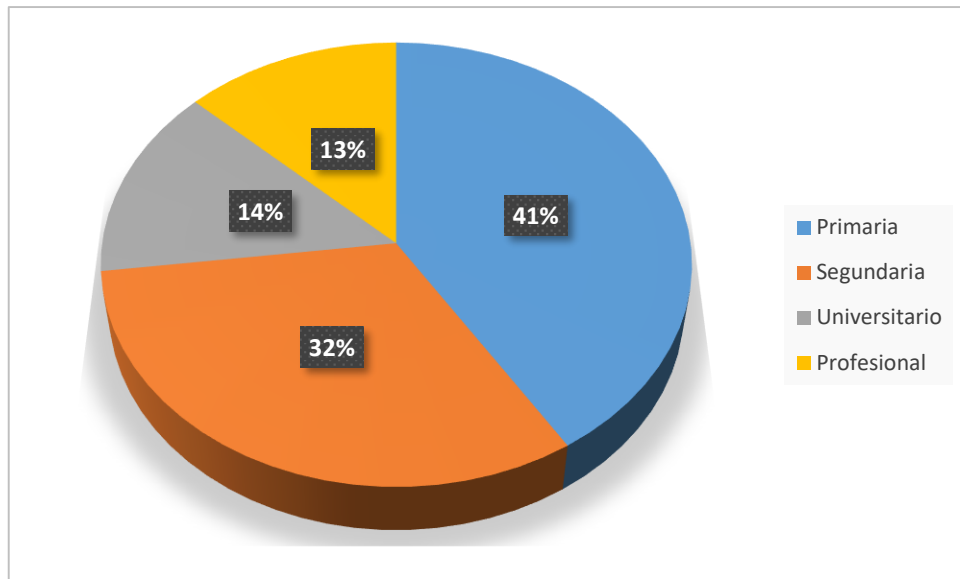


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

La relación del sexo es equitativa, sin embargo, no es un factor de riesgo. Los resultados obtenidos reflejan la predisposición ante el padecimiento de diabetes en la mujer. Sin embargo, de acuerdo a lo descrito en la literatura y otros estudios realizados establecen que el sexo si es un factor de riesgo.

GRÁFICO 3: Instrucción



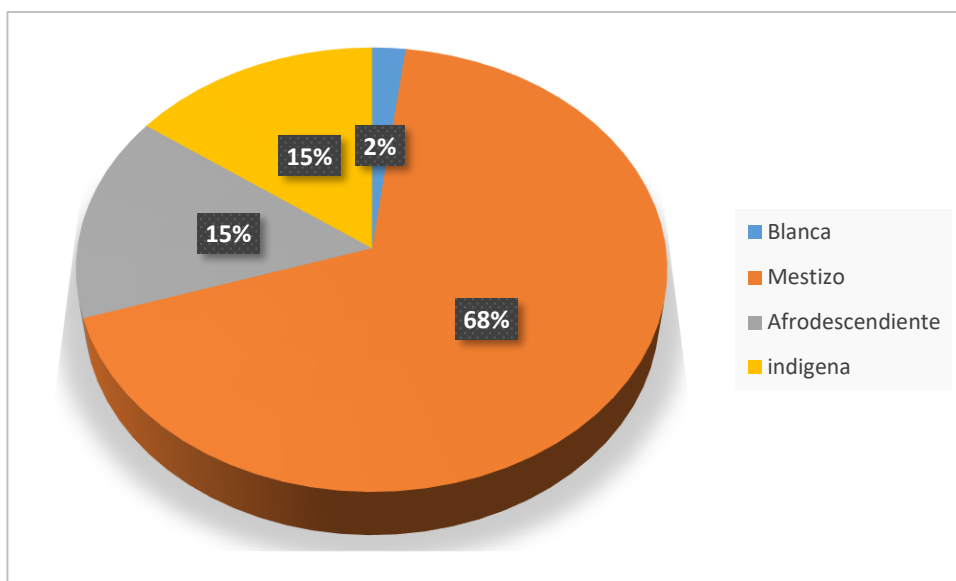
Fuente: Guía de observación indirecta

Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

La instrucción es el conocimiento o la educación que la persona tiene, en el gráfico podemos observar que el porcentaje que mayor prevalece es la instrucción primaria, seguido por la secundaria pero también en pequeñas proporciones el universitario y el profesional esto nos hace tomar en cuenta que no es por la educación recibida durante nuestra vida si no por la educación en cuanto a la enfermedad y a la calidad de vida que estos pacientes deben de darse.

GRÁFICO 4: Etnia

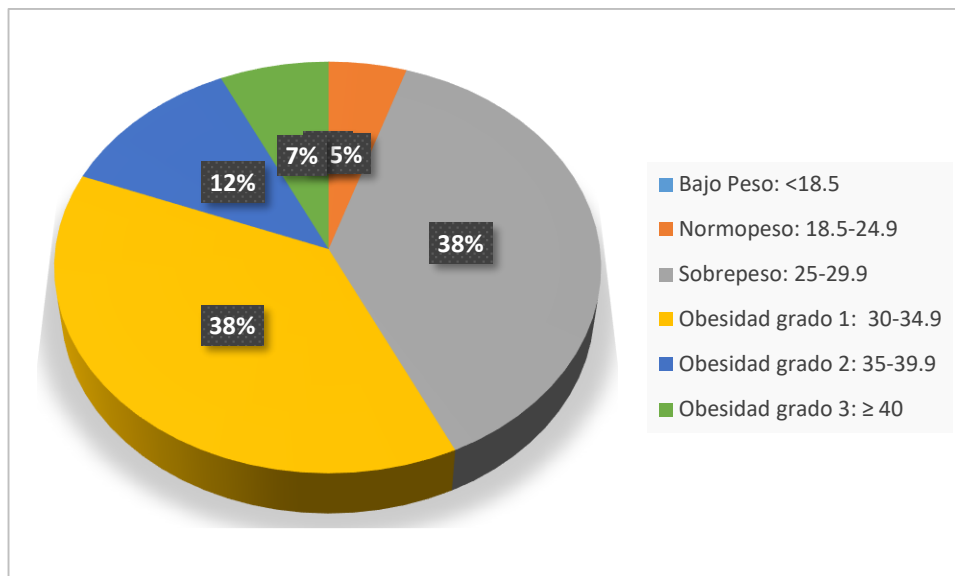


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Las personas de ciertas razas y grupos étnicos tienen mayor probabilidad de tener diabetes. Los afroamericanos, latinos/hispanos, indígenas americanos, indígenas de Hawái, isleños del Pacífico y estadounidenses de origen asiático tienen un riesgo más alto de estas enfermedades mortales. Esto se debe en parte a que estos grupos tienden a tener una muy mala calidad de vida, lo que podemos mostrar en el gráfico que en nuestro país los de mayor predomina esta la etnia mestiza.

GRÁFICO 5: I.M.C.

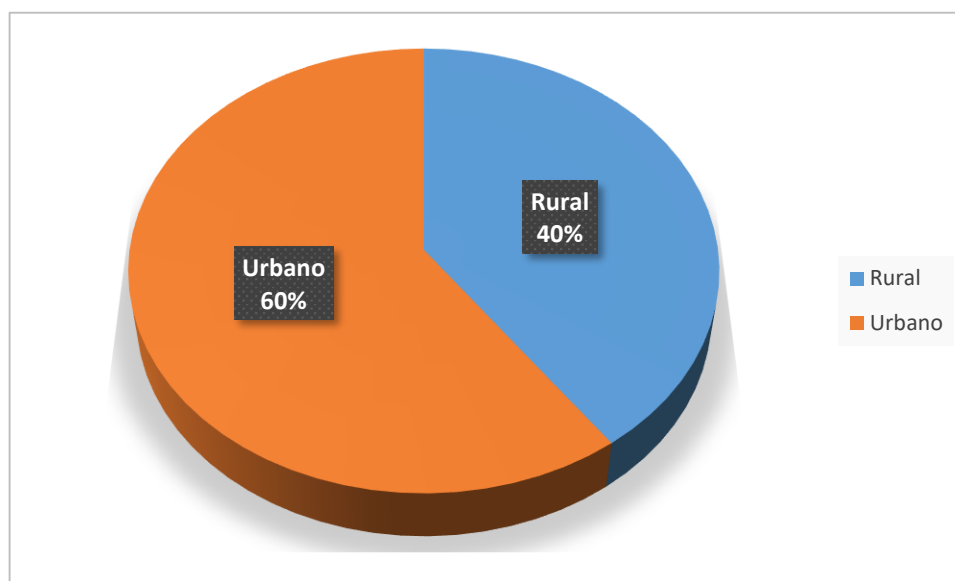


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

El índice de masa corporal medida que sirve para ver el grado de obesidad en el que se encuentra el paciente, para realizar esta medida se necesitó de datos ya recogidos como el peso y la talla, el mayor porcentaje se mostró para el sobrepeso con igual porcentaje para la obesidad grado 1.

GRÁFICO 6: Procedencia



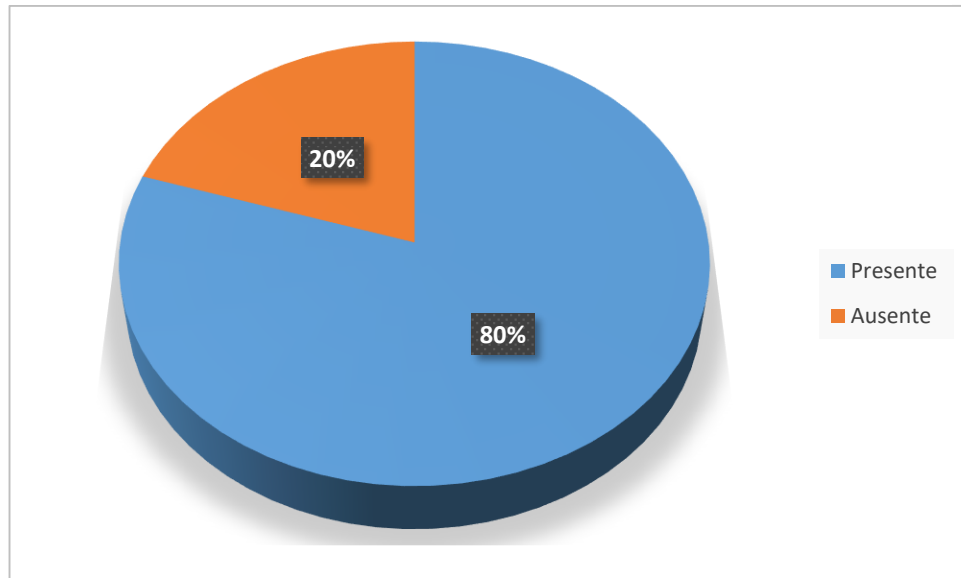
Fuente: Guía de observación indirecta

Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos reflejan una gran relevancia de dos áreas: urbana y urbano marginal. En la cual en el area rural es de donde provienen los pacientes. Estas zonas se caracterizan por contar con locales de atención de comida rápida. En los últimos 10 años, los habitantes en estas zonas optaron por contar con negocios propios y, uno de las mayores demandas son los puestos de comida caracterizadas por preparación de alimentos altos en grasas, carbohidratos y azucares. La falta de información de la población con respectos a esto puede ser un factor para que la calidad de vida se deteriore y se llegue a presentar diabetes mellitus.

GRÁFICO 7: Envejecimiento

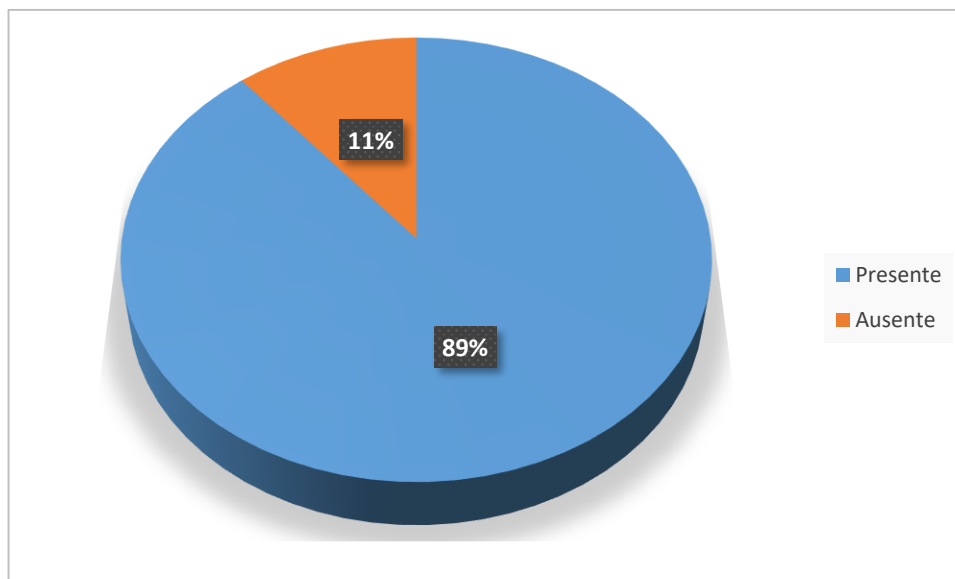


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

El envejecimiento es un proceso biológico por lo que los seres vivos debemos pasar, en este caso por muchas enfermedades predisponente la vejes llega antes de tiempo y se debe a la mala calidad de vida ya sea en la alimentación o en el físico es lo que podemos demostrar en el grafico descrito que la mayoría de los pacientes se ven con una edad más avanzada a pasar que de que no pasan de los 50 años.

GRÁFICO 8: Sedentarismo

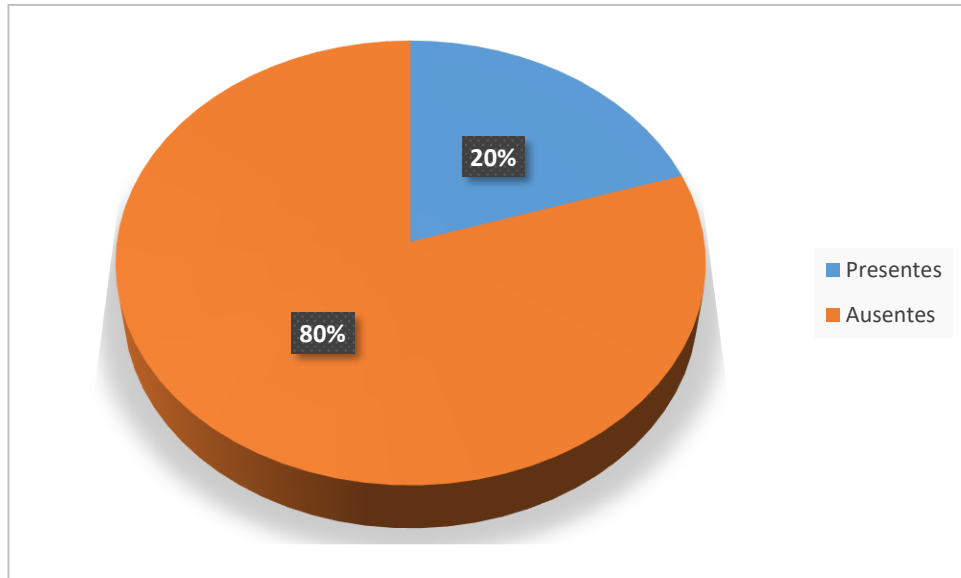


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Actualmente el sedentarismo está considerado como un factor de riesgo muy determinante, no solo para los pacientes diabéticos, sino para otro grupo de enfermedades que afectan en las diferentes etapas del ciclo vital. Los datos obtenidos están descritos en la literatura y están asociadas directamente a las actividades cotidianas, consumo de comida rápida, la falta de tiempo y quizá la actividad laboral que desarrolle. La globalización mundial y el requerimiento del factor económico, hace que la población deje de consumir una alimentación poco nutritiva y adquirir alimentos en altas concentraciones calóricas, de grasas y azúcares, las mismas que deberían ser eliminadas manteniendo una actividad física o ejercitación continua del cuerpo. Por lo tanto se confirma que este es un factor de riesgo muy letal ya que en su mayoría está presente.

GRÁFICO 9: Hábitos alimenticios

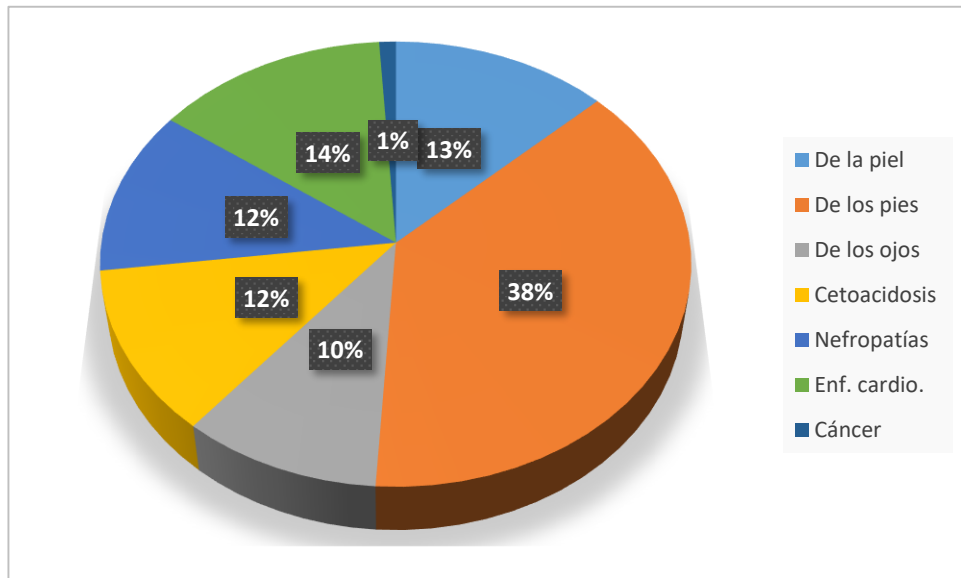


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Las grasas y azúcares forman parte de la dieta diaria que la población consume, sin embargo, el exceso en el consumo de los mismos y, la falta de eliminación, representan un riesgo para la calidad de vida de las personas en especial para las que padecen de diabetes mellitus. Los datos obtenidos hacen relación en que están ausente el consumo de nutrientes que, quizá por falta de información y condicionado a otros factores desconocidos, no son manejados adecuadamente.

GRÁFICO 10: Complicaciones físicas

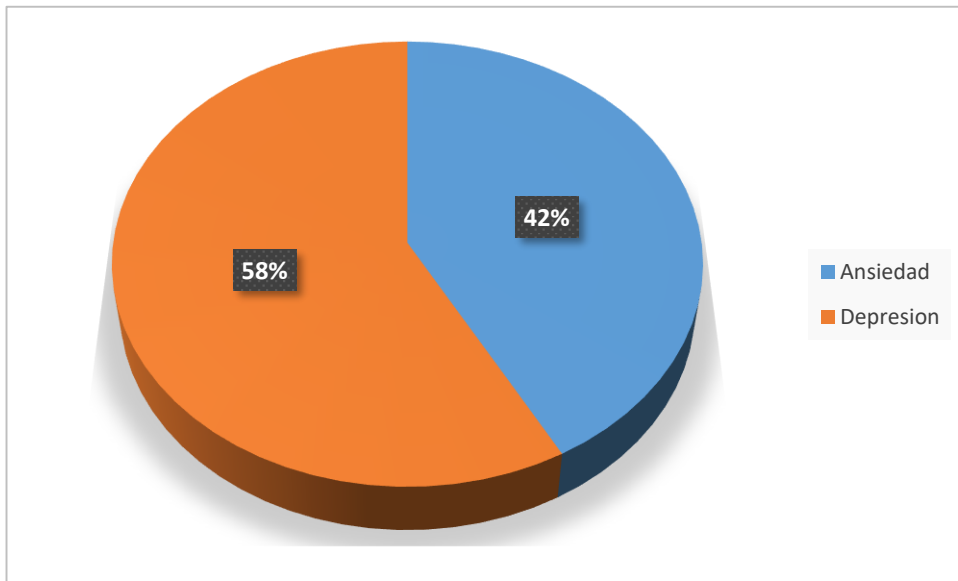


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

La diabetes puede dificultar el control de su presión arterial y colesterol. Esto puede llevar a un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y otros problemas. Puede hacerse más difícil que la sangre circule hacia las piernas y los pies, es así como nos demuestra nuestro gráfico que la mayoría de los pacientes con diabetes, sus complicaciones físicas las han tenido a nivel de los pies.

GRÁFICO 11: Complicaciones psicológicas

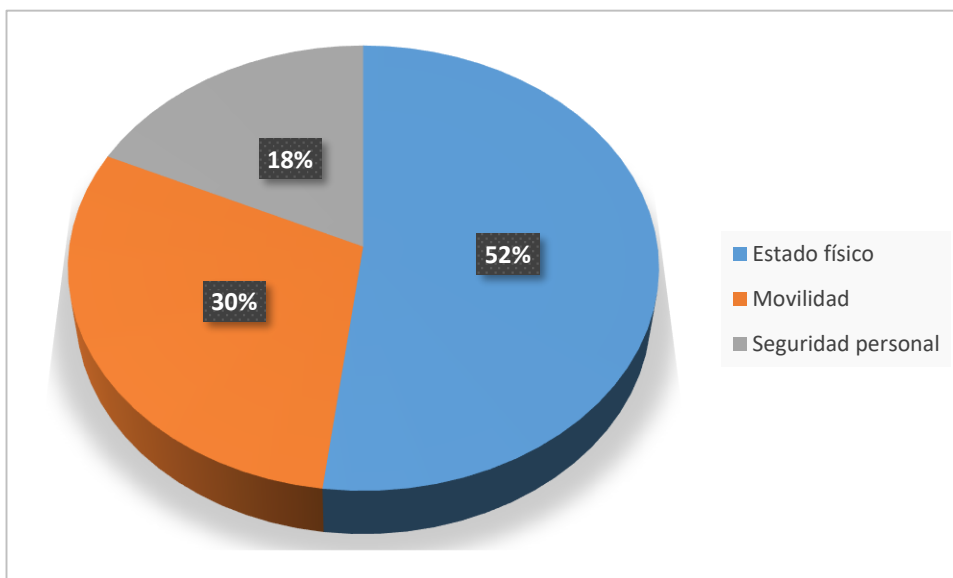


Fuente: Guía de observación indirecta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Los desórdenes psicológicos, especialmente la depresión y ansiedad, en pacientes de diabetes presentan un riesgo adicional para la salud física y mental del paciente, ya que consistentemente se ha encontrado que estos afectan los niveles de azúcar en la sangre y aumentan el riesgo a sufrir de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Es como podemos observar en los resultados que tanto la depresión como la ansiedad tienen un porcentaje de igualdad en estos pacientes.

GRÁFICO 12: Dimensión Física



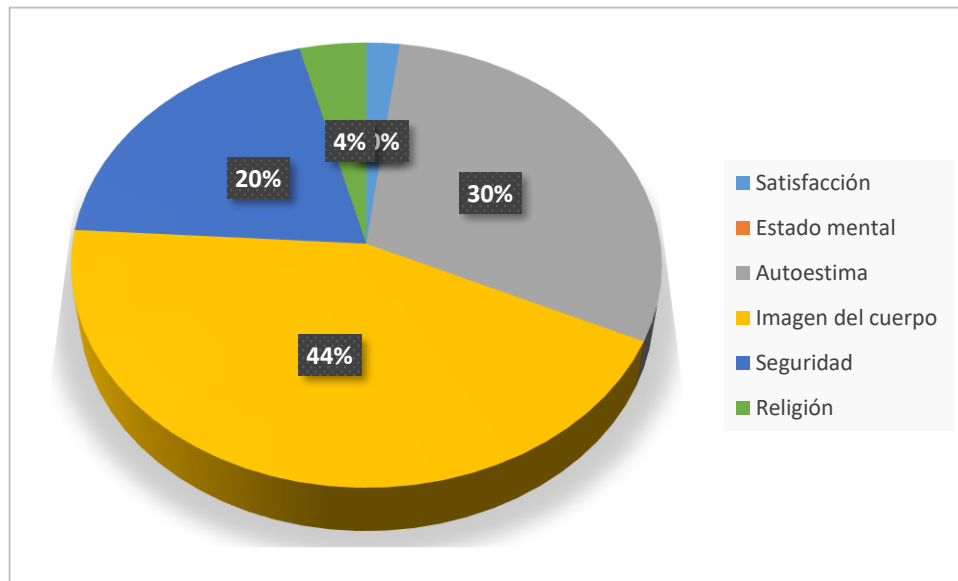
Fuente: Encuesta

Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

La dimensión física es la base corporal de la existencia; que incluye los cuidados necesarios para mantener nuestro cuerpo en buenas condiciones y disfrutar de salud y bienestar físicos. Es como podemos observar en la encuesta que se realizó que la mayoría de los pacientes tienen deteriorada su calidad de vida en el estado físico y se podría acompañar con el resultado de los sedentarismos.

GRÁFICO 13: Dimensión Psicológica

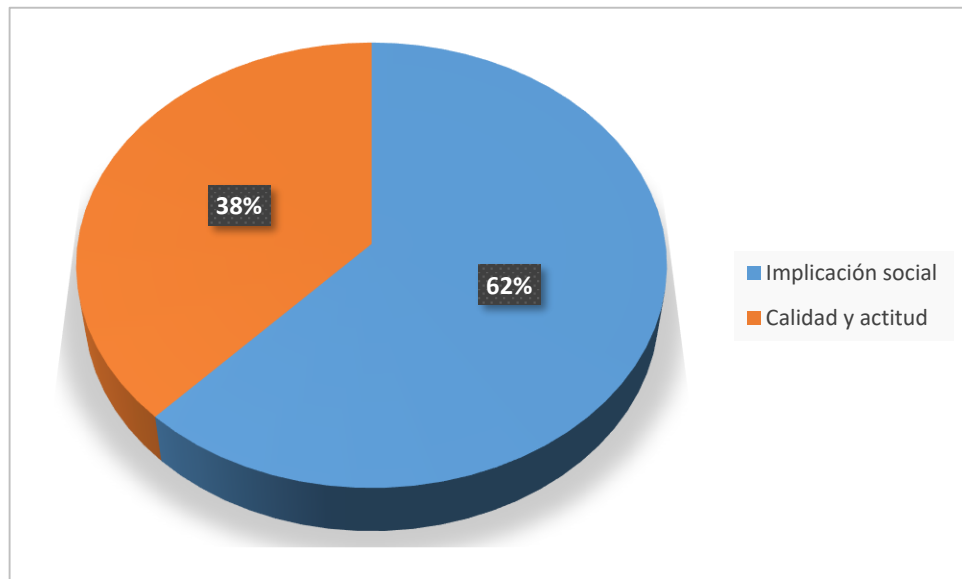


Fuente: Encuesta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Las dimensión psicológicas son reacciones que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Es así como en si esto afecta la calidad de vida de los pacientes diabéticos ya que en su mayoría sienten inseguridad a la imagen del cuerpo.

GRÁFICO 14: Dimensión social



Fuente: Encuesta
Autor: Ana Carrillo Pinto

ANÁLISIS:

Esto se refiere a la habilidad de relacionarte con otras personas. Se obtiene mediante una comunicación que implique una escucha activa, así como la puesta en práctica de actitudes asertivas y empáticas con los demás todos sentimos la necesidad de relacionarnos y convivir con los demás. El hombre, es por naturaleza, un ser social, solo en casos excepcionales se aísla y vive en la soledad como podemos observar los pacientes diabéticos en su mayoría hay implicación social y esto a su vez afecta la calidad de vida.

DISCUSIÓN

En un estudio desarrollo en México en el año 2018 por Palmezano en sus resultados concluyo que los pacientes son mayores de 13 años. Fue más frecuente en mujeres con 61.3%, la edad promedio al diagnóstico fue de 14.89 años. El diagnóstico se estableció de forma clínica sin estudios de autoinmunidad, se trataba de pacientes con enfermedad no controlada con HbA1c promedio de 11.5%, las complicaciones más frecuentes fueron la cetoacidosis diabética con 46.6%, al igual que la hipoglucemia (16). Sin embargo en mi investigación los datos recogidos no coincidieron en su totalidad con estas características ya que en el sexo prevalecen con mayor porcentaje los hombres, mientras que en las complicaciones se inclinaban más a los pies y a la depresión en la parte psicológica de estos pacientes de estos pacientes.

Otro estudio realizado por Sarabia en el año 2015 nos dice que encontró que la edad promedio en la que se presenta la Diabetes Mellitus de tipo 2 es de 50.64, con predominio en mujeres, hay un incremento en el riesgo directamente proporcional a la edad; y que la obesidad representa el 61.5%, de riesgo. Los factores de riesgo relacionados a Diabetes Mellitus de tipo 2, en la población de Isla Aguada, fueron principalmente la obesidad y la dislipidemia, encontrándose predominio en mujeres y un aumento del riesgo a padecerla proporcional a la edad (17). En mi investigación de igual manera que en la investigación ya detallada coincidió en que uno de los factores de riesgo es la obesidad con mayor porcentaje mas no en la edad y en el sexo ya que mi trabajo arrojó resultados que mayor predominio hay en los hombres con edades de entre 35 a 40 años.

En cuanto a las complicaciones más frecuente de los pacientes estudiados en un artículo realizado por Hodelín en el 2018 nos detalla que fue la neuropatía diabética patología que se liga directamente a las extremidades inferiores. Predominaron los enfermos con menor cantidad de complicaciones; a menor edad y período evolutivo de la diabetes mellitus aparecieron las complicaciones. Un elevado por ciento de los pacientes tuvo niveles de depresión entre medio y alto (18). Con igual similitud en mi investigación las complicaciones en su mayor porcentaje se inclinan a los pies de estos

pacientes, de igual forma en las complicaciones psicológicas mis resultados arrojaron un mayor porcentaje a la depresión que coincide con la teoría del artículo revisado por Hodelín como autor.

CONCLUSIONES

Basándome en mi investigación y con los datos que obtuve de la observación indirecta de las cuales 100 historias clínicas fueron revisadas y del cuestionario de preguntas que se le realizó a 50 pacientes en las instalaciones de la consulta externa del centro de salud tipo A en cuanto a la calidad de vida que llevan estos pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II podemos concluir con lo siguiente:

1. Entre las características sociodemográficas que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II que se hacen atender en un centro de salud tipo A en su mayor porcentaje oscilan de entre 35 a 40 años, en su mayoría son hombres, han recibido una educación primaria, la etnia es mestiza, el IMC nos arroja resultados de sobrepeso con igualdad de porcentaje de la obesidad grado 1 en su mayoría proceden de los lugares urbanos.
2. En los factores predisponentes que influyen en estos pacientes con diabetes mellitus el envejecimiento está presente a pesar de que en edad están jóvenes, el sedentarismo es muy aplicado por estas personas en su mayoría está presente y por consiguiente los hábitos alimenticios están ausentes.
3. En cuanto a las complicaciones más frecuentes en estos pacientes las físicas se inclinan con mayor porcentaje en los pies mientras que las psicológicas están más para la depresión de estos pacientes con diabetes.
4. Aplicando el test de EsDqol para medir la calidad de vida que llevan este tipo de pacientes en las dimensiones físicas el estado físico es el más deteriorado, en la dimensión psicológica en la imagen de su cuerpo sienten más inseguridad y en la dimensión social hay más implicación social que esto quiere decir que hay más alejamiento en la sociedad por parte de ellos.

RECOMENDACIONES

1. Al comité de calidad de centro de salud debe incentivar al personal de salud para emprender estrategias de prevención ante esta enfermedad que cada día agobia a pacientes jóvenes a la vez elaborar protocolos y socializarlo al personal para tener en cuenta como se debe llevar dichas estrategias.
2. A la coordinadora o jefa de enfermeras debe realizar un cronograma educativo con charlas dedicadas a los pacientes donde el personal no solo de enfermería si no que abarque a todo el equipo de salud detallen temas de las enfermedades crónicas no transmisibles en especial la diabetes, donde se muestren implicaciones factores de riesgo y como llevar una buena calidad de vida en estos pacientes.
3. Al personal de enfermería debe asumir con responsabilidad y concienciación la tarea de educación a los pacientes desde el momento del diagnóstico, es por ello que se hace necesario un programa de educación cuyo fin consista en mejorar el cuidado y la calidad de vida del paciente, así como disminuir la morbilidad y la mortalidad por diabetes y sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Sanchez H, Rivadeneira L, Aristil C. Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2016; 20(3): p. 262-270.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Diabetes. [Online].; 2016 [cited 2020 Agosto 4. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=642CE1F37ABF5808EE3DFC868E12FE7E?sequence=1>.
3. Fundación Diabetes. Las diferentes regiones están siendo afectadas en muy diferentes. [Online].; 2015 [cited 2020 Agosto 04. Available from: <https://www.fundaciondiabetes.org/upload/noticias/12893/V90.pdf>.
4. Guía Práctica Clínica. Diabetes Mellitus Tipo 2. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 4. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf.
5. Chisaguano E, Ushiña R. Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 de la ciudad de Iatacunga. [Online].; 2015 [cited 2020 Agosto 4. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>.
6. Varillas S. Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II e insuficiencia renal crónica en el servicio de consulta externa Hospital Octavio Mongrut. [Online].; 2015 [cited 2020 Agosto 4. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6835/Varillas_cs.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
7. Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2015; 17(1): p. 131-148.
8. Chavarri J, Fallas J. Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2015; LXXII(614): p. 217-224.
9. Guerrero J, Can A, Euan A. Calidad de vida de una persona adulta y diabética: estudio de caso. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. 2018; 7(14): p. 32-37.

10. Oliveira P, Costa M, Ferreira J. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2017; 16(1): p. 634-652.
11. Zavala A, Fernández E. Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador: revisión epidemiológica. Revista Universitaria con proyección científica, académica y social. 2018; 2(4): p. 3-9.
12. Vintimilla P, Giler Y, Motoche K. Diabetes Mellitus Tipo 2: Incidencias, Complicaciones y Tratamientos Actuales. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019; 3(1): p. 26-37.
13. Silva F, Lopez O, Cardenas M. Factores de riesgos modificables y dimensiones de calidad de vida en pacientes diabéticos. Revista multidisciplinaria de investigación científica. 2019; 3(24): p. 14-19.
14. Maradiaga R, Cortez A, Avila C. Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos en el Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa, Honduras. Revista Hispana Ciencia Salud. 2016; 2(3): p. 223-232.
15. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2020 Enero 18. Available from: <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>.
16. Palmezano J, Figueroa C, Rodríguez R. Rev Med interna Méx. 2018; 31(1): p. 46-56.
17. Sarabia B, Can A, Guerrero J. Identificación de Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos de 30 a 60 Años de edad en la Comunidad de Isla Aguada, Municipio de Ciudad del Carmen, Campeche. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. 2015; 5(10): p. 24-26.
18. Hodelín E, Maynard R, Maynard G. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores. Rev inf cient. 2018; 97(3): p. 527-529.
19. Reyes F, Pérez M, Alfonso E. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo Científico Médico. 2016; 20(1): p. 99-100.
20. Lopera J. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Revista de Ciencia y Salud. 2020; 25(2): p. 693-702.

ANEXOS

Guayaquil, 28 de Julio del 2020

Doctor,

Nilo Zambrano Carrillo

Director Encargado

Sub Centro de Salud 25 de Enero

De mis consideraciones,

Me presento, Srta. Ana Lissette Carrillo Pinto estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, reciba un cordial saludo de mi parte.

El motivo del presente escrito es para solicitar autorización para hacer mi tema de trabajo de titulación *Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en un centro de salud tipo A de la ciudad de Guayaquil* que ya ha sido aprobado por la Comisión Académica, además comunico que el tutor asignado es la Mgs. Ana Gonzales Navas.

Me despido de usted, quedando muy agradecida por la atención prestada.

Ana Lissette Carrillo Pinto

Ci: 0922631858

Dr. Nilo Zambrano Carrillo
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
Reg. 0704492



DISTRITO 05001- XIMENA I- PUNA
MSP
C.S. 25 DE ENERO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, con edades comprendidas entre 35 a 50 años, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020. **OBJETIVO:** Recolectar información del expediente clínico

INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR:

- Revise cada expediente clínico y registre la información requerida en los casilleros en blanco

GUÍA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Formulario N° 1

1. Edad 35 a 40 años () 41 a 45 años () 46 a 50 años ()	2. Sexo Masculino () Femenino ()
3. Nivel de instrucción Primaria () Secundaria () Universitario () Profesional ()	4. Etnia Blanco () Mestizo () Afro descendiente () Indígena ()
5. IMC Bajo Peso: <18.5 () Normopeso: 18.5-24.9 () Sobrepeso: 25-29.9 () Obesidad grado 1: 30-34.9 () Obesidad grado 2: 35-39.9 () Obesidad grado 3: ≥ 40 ()	6. Procedencia Urbana () Rural ()
7. Envejecimiento Presente () Ausente ()	8. Sedentarismo Presente () Ausente ()
9. Hábitos alimenticios Presente () Ausente ()	10. Complicaciones físicas De la piel () De los pies () De los ojos () Cetoacidosis () Nefropatías () Enf. Cardio. () Cancer ()
11. Complicaciones psicológicas Ansiedad () Depresión ()	



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
ENCUESTA

TEMA: Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020.

OBJETIVO: Recolectar datos de los pacientes con diabetes tipo II que se hacen atender en el centro de salud

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:

- Explique al encuestado sobre el estudio de la investigación
- Proporcionar el formulario de preguntas al encuestado
- Permanezca junto al encuestado para orientarlo acerca de las preguntas.

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO:

- Es un cuestionario de 43 preguntas, no requiere escribir sus datos personales
- Escriba con una X en los casilleros en azul la respuesta que considere conveniente entre las alternativas descritas
- Agradecemos por su participación.

ACTIVIDADES A OBSEVAR		INDICADORES	SI	NO
CALIDAD DE VIDA	Dimension fisica	Estado físico		
		Movilidad		
		Seguridad personal		
	Dimension psicologica	Satisfacción		
		Estado mental		
		Autoestima		
		Imagen del cuerpo		
		Seguridad		
	Dimension social	Religión		
		Implicación social		
	Calidad y actitud			

CUESTIONARIO DE EsDQoI

Versión en español modificada del Diabetes Quality of Life Questionnaire (EsDQL)					
Satisfacción en el tratamiento	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?	1	2	3	4	5
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1	2	3	4	5
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	1	2	3	4	5
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?	1	2	3	4	5
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?	1	2	3	4	5
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?	1	2	3	4	5
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?	1	2	3	4	5
Impacto del tratamiento	Nada	Casi nada	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
8. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej. máquina de escribir)?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo	1	2	3	4	5

explicándose qué significa tener diabetes?					
13. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3	4	5
14. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
15. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?	1	2	3	4	5
16. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?	1	2	3	4	5
Preocupación: social/vocacional	Nada	Casi nada	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	1	2	3	4	5
Preocupación: relacionada con la diabetes	Nada	Casi nada	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carrillo Pinto, Ana Lissette**, con C.C: # **0922631858**, autora del trabajo de titulación: **Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 de septiembre del 2020

f. _____
Carrillo Pinto, Ana Lissette
CC: 0922631858



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A, 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020		
AUTOR(ES)	Carrillo Pinto, Ana Lissette		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. González, Ana, MGs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de septiembre del 2020	No. DE PÁGINAS:	55
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia epidemiológica./enfermedades crónicas y degenerativas		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	calidad de vida, diabetes mellitus, pacientes		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La calidad de vida constituye es un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, especialmente lo relacionado con la dieta, actividad física, administración del medicamento y de insulina para el control de su enfermedad debido a esto se realizó un estudio cuyo objetivo es Determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020. Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, población: 100 historias clínicas de pacientes y 50 pacientes entre la edad de 35 a 50 años. Instrumentos: cuestionario de preguntas (Encuesta) y guía de observación indirecta (EsDQOL) Resultados: el 50% están en edades de entre 35 a 40 años, son de sexo de masculino el 59%, instrucción primaria 41%, etnia mestiza 68%, I.M.C. 38% sobrepeso y obesidad grado I, proceden del sector urbano 60%, el envejecimiento 80%, sedentarismo 89% están presente y los hábitos alimenticios están ausentes en un 80%.las complicaciones están presentes en los pies en un 38% y psicológicas un 58%. En los parámetros de la calidad de vida la dimensión física 52%, dimensión psicológica 44% y la dimensión social 62%.Conclusión: en el centro de salud tipo A los pacientes con diabetes mellitus necesitan de conocimiento y esto se debe a la falta de educación y conocimiento.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-996561760	E-mail: anna.lissette1989@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, MGs		
	Teléfono: +593-4- 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			