



**Universidad Michoacana de San Nicolás
de Hidalgo**



Facultad de Enfermería

**Bienestar espiritual relacionado a control metabólico
y calidad de vida relacionada a la salud de personas
con diabetes tipo 2 de Zinapécuaro Michoacán**

Tesis que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería presenta

Ma. del Carmen Ayala Ferreira

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesoras

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia Michoacán, Diciembre de 2016

Directivos

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

Directora de la Facultad de Enfermería

MSP. JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA

Secretario Académico

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

Asesora

DRA. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

Coasesora

DRA. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

Coasesora

LE. BERTHA HERLINDA RUIZ CUBILLO

Vocal 1

LIC. MARÍA ISABEL VALENZUELA VILLEGAS

Vocal 2

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres, el Sr. Alejandro Ayala Ayala y la Sra. Ma. del Rosario Ferreira Ávalos, por la dicha de tener un título de licenciada en enfermería. Por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre, por su amor.

A mi familia y hermanos por su amor, por estar siempre presentes acompañándome, por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona, estudiante y ahora como profesional.

A mis amigos que de una u otra manera me han apoyado y han estado conmigo.

A mi asesora de tesis la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas, porque por su apoyo pude concluir mi carrera y sus enseñanzas que me han llenado de sabiduría.

A todos en general por darme el tiempo para realizarme profesionalmente. Este gran logro es gracias a ustedes, mis seres queridos.

Agradecimientos

Doy gracias a Dios por permitirme llegar a este momento, el cual es muy importante para mí, por culminar una etapa más en mi vida por un logro más.

A mis padres: Sr. Alejandro Ayala Ayala y Sra. Ma. del Rosario Ferreira Avalos. Por su amor y cariño, por la herencia más valiosa que pudiera recibir fruto del inmenso apoyo y confianza que en mí se depositó. Por haberme dado la vida, una formación, educación, por haberme dado la oportunidad de tener una profesión, por ser mi ejemplo a seguir y estar siempre a mi lado; por apoyarme en todo este tiempo, porque aparte de ser mis padres son mis mejores amigos, por respetar mis decisiones, orientarme y no dejarme vencer ante las circunstancias, por todo lo que soy y seré. Estaré eternamente agradecida por todo lo que me han dado gracias. A mi familia y hermanos gracias por su apoyo y comprensión.

A mi asesora de tesis la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, agradezco por invitarme a participar en su proyecto, por su esfuerzo y dedicación, por apoyarme y dedicarme de su tiempo. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación que deja como producto terminando esta tesis, que perdurará dentro de mis conocimientos y desarrollo profesional. A su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración. Gracias.

Gracias a mi Universidad y Facultad por permitirme convertirme en un ser profesional en lo que tanto me apasiona. Gracias a cada profesor que formó parte de este proceso integral de formación.

Gracias a mis amigos por su comprensión y apoyo, por estar siempre a mi lado.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar la relación del bienestar espiritual (BE) en el control metabólico (CM) y la calidad de vida (CV) de las personas con diabetes tipo 2. Estudio descriptivo y transversal, muestra no probabilística de 150 usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social de Zinapécuaro, Michoacán en 2016. Se utilizaron la Escala de Bienestar espiritual, el instrumento Diabetes 39 y cédula de datos sociodemográficos; el control metabólico se determinó con medición de glucosa, colesterol y triglicéridos. Resultados. Muestra de 150 personas, la mayoría de género femenino (71%) y rango de edad de 33-88 años. Media de tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 11 años ($DE=8.23$), 95% usó hipoglucemiante oral y 54% con diagnóstico de hipertensión arterial. El 89.3% presentó BE alto en la escala total, así como en las dimensiones religiosa y existencial (92.7%-63.3%), con diferencias significativas por género en la escala total de BE ($U=1807.5$; $p=.028$) y en la dimensión de BE religioso ($U=1743.5$; $p=.003$). Sólo se encontró CM en el 5.3% de la muestra, considerando cifras normales en glucosa (36%), colesterol (52%) y triglicéridos (13.3%). Respecto a calidad de vida, la dimensión más afectada fue energía/movilidad ($\bar{x}=41.98$, $Mdn=41$, $DE=4.91$), seguida de control de la diabetes ($\bar{x}=33.22$, $DE=9.83$, $Mdn=32$). No se encontró relación significativa ($p=>.05$) entre BE y CM. Sí se encontró diferencia significativa en el BE religioso y la dimensión de CV control de la diabetes ($r_s=.165$; $p<.05$) y entre el BE existencial y la dimensión de CV funcionamiento sexual ($r_s=.168$; $p<.05$).

Palabras clave: Bienestar espiritual, control metabólico, calidad de vida, diabetes tipo 2 y espiritualidad.

Abstract

The objective of my study was to analyze the relationship between spiritual well-being (SWB) in metabolic control (MC) and the quality of life (QoL) with people who have type 2 diabetes. Descriptive and cross-sectional study, has shown no probabilistic of 150 users of Mexican Social Security Institute of Zinapécuaro, Michoacán, 2016. Using the Spiritual Well-being Scale, instrument Diabetes 39 and socio-demographic data card; metabolic control was determined with measurement of glucose, cholesterol and triglycerides. Results: Show 150 people, majority of female gender (71%) age range through 33-38 years old. Mean time of diagnosis of the disease of 11 years ($DE=8.23$), 95% used oral hypoglycemic and 54% diagnosis with arterial hypertension. 89.3% presented high in SWB in the total scale, as well as in the religious and existential dimensions (92.7%-63.3%), with significant differences by gender in the total SWBS ($U = 1807.5$; $p = .028$) and in the dimension of religious SWB ($U=1743.5$; $p = .003$). Only MC was found in 5.3% of the sample, considering normal numbers in glucose (36%), cholesterol (52%) and triglycerides (13.3%). Regarding the QoL, the most affected dimension was energy / mobility ($\bar{x}= 41.98$, $Mdn = 41$, $DE = 4.91$), followed by control diabetes ($\bar{x}= 33.22$, $DE = 9.83$, $Mdn = 32$). No significant relationship ($p \Rightarrow .05$) was found between SWB and CM. We found a significant difference in the religious SWB and the control QoL dimension of diabetes ($r_s = .165$; $p < .05$) and between the existential SWB and QoL sexual functioning dimension ($r_s = .168$; $p < .05$).

Índice

Introducción.....	9
Justificación	12
Planteamiento del problema.....	27
Objetivos	29
Hipótesis	30
Marco teórico.....	32
Material y métodos	38
Tipo de estudio	38
Diseño metodológico	38
Límites de espacio temporales.....	38
Tamaño de Muestra.	39
Variables.....	39
Procedimientos.....	44
Análisis estadístico	45
Consideraciones éticas y legales	47
Referencias bibliográficas.....	72
Anexos	77

Introducción

En México la diabetes tipo 2 es un problema de salud pública que afecta a una gran cantidad de personas y que tiene serias complicaciones médicas que afectan no solo a la persona sino también al sistema de salud.

Y como las personas son seres multidimensionales que necesitan ser cuidadas, cuando enfermería cuida a una persona, debe considerar no sólo la patología que tiene, sino también sus emociones y su espiritualidad.

Son varios los factores relacionados con el control glucémico en las personas diabéticas y uno que ha cobrado importancia en los últimos años es la espiritualidad. El presente trabajo pretende estudiar los niveles de bienestar espiritual (BE) y su relación con el control metabólico y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en las personas con Diabetes tipo 2 (DT2). Se pretende que esta investigación fortalezca el Grupo de investigación Cuidado humanizado en condiciones crónicas.

El documento se estructuró en varios apartados. El primer apartado presenta los argumentos que fundamentan la necesidad de explorar la influencia de un elemento como el BE en los resultados de salud objetivos y subjetivos de la persona que vive con una condición crónica. En este capítulo se delimita el propósito establecido para el estudio a través del objetivo general, definiendo mediante los objetivos específicos los pasos que permitirán alcanzar el fin último de la investigación. También se incluye la justificación, que presenta y delimita el objeto de estudio y la hipótesis.

El apartado del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados en cuatro puntos: BE, CVRS y DT2.

En el siguiente apartado se presenta la metodología, detallando los procedimientos y herramientas que permitirán al autor cumplir con el objetivo de la

investigación, incluyendo el planteamiento de las consideraciones éticas y legales consideradas para el desarrollo de este estudio tomando como fundamento el

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. En el capítulo cuatro se presentan los resultados en cuadros y gráficas con porcentajes y su análisis a través de medidas de tendencia central: media mediana y moda. Aquí se incluyen, de igual manera, las referencias bibliográficas consultadas durante el proceso de elaboración del protocolo y del informe final del estudio de investigación.

Capítulo I

Justificación

Desde hace varios años diversas investigaciones han encontrado relación entre las creencias o actividades religiosas de las personas y su papel en la adaptación en diversas enfermedades, así como la existencia de una mayor implicación religiosa con la presencia de una mejor salud mental y física y un menor uso de los servicios médicos (Koenig, Larson & Larson, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue de 9% entre los adultos mayores de 18 años. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.

Según proyecciones de la OMS (2015), la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.

De acuerdo a los datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) presentados por la Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013), se encontró que en el 2011 la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años. El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en países latinoamericanos que lo pronosticado para otras áreas, se espera para entonces 39.9 millones de casos. Según las prevalencias informadas por la IDF para los países de la región dos de los diez países con mayor número de casos se encuentran en la región Brasil y México.

El número de muertes atribuibles a la diabetes en la región de América Latina en 2011 fue 103,300 en los hombres y 123,900 en las mujeres. La enfermedad explica el 12.3% de las muertes totales en los adultos. El 58% de los decesos ocurrieron en menores de 60 años. En la mayoría de los países de la región Latinoamericana, la diabetes se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad. Las causas más frecuentes de muerte entre las personas con

diabetes son la cardiopatía isquémica y los infartos cerebrales. Además, la diabetes es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura y se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización y solicitud de atención médica.

En México la Diabetes Mellitus (Guía de Práctica Clínica, 2012) ocupa el primer lugar como causa de defunción y cada año se presentan 400 000 casos y ocurren más de 60 mil muertes, y las tendencias de morbilidad y de la mortalidad van en aumento. Una de las principales causas de diabetes es la obesidad, la cual es un factor principal de riesgo para el desarrollo de prediabetes, por lo cual se debe realizar un tamizaje en el primer nivel de atención en búsqueda de prediabetes, para realizar un abordaje temprano y disminuir la incidencia de Diabetes Mellitus Tipo 2.

En Michoacán la diabetes mellitus ocupa el noveno lugar en causas de egreso hospitalario. La tasa de mortalidad general en el estado, registró en el año 2010 una tasa de 6.12 por 1,000 habitantes, 2005 fue de 4.85, 2006 de 4.87 y en el 2007 de 5.32 por el mismo grupo de población, y en el año 2008 la tasa registrada fue de 5.54 por 1,000 habitantes, y en el 2009 fue de 5.95 por 1,000 habitantes, por lo que podemos observar que la mortalidad general tiene un comportamiento ascendente. Cabe mencionar que en los últimos 5 años las cinco primeras causas de mortalidad fueron las enfermedades del Corazón, seguida por la Diabetes Mellitus, los Tumores Malignos, los Accidentes y las Enfermedades Cerebrovasculares (Secretaría de Salud de Michoacán, 2012).

Algunos estudios que se han realizado en relación con el bienestar espiritual son los siguientes:

En 2011, Payán, Vinaccia y Quiceno realizaron un estudio de investigación, con el objetivo de evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el bienestar espiritual con la calidad de vida en 50 pacientes con cáncer en estado terminal de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal. Se utilizaron como instrumentos el inventario de bienestar espiritual SIWB, el cuestionario de cognición hacia la

enfermedad ICQ y el cuestionario de calidad de vida MQOL. Entre los criterios de inclusión se consideraron: diagnóstico de enfermedad oncológica sin opción curativa, puntaje en la escala de Karnofsky mayor de 60 puntos; el índice de Karnofsky Burchena (1949) estima la capacidad funcional del paciente en una escala de 0 a 100 puntos (0= fallecimiento y 100=desarrollo normal de sus capacidades); expectativa de vida menor de 6 meses, sin presencia de conspiración del silencio. Como factor de exclusión no se tomaron en cuenta a los pacientes con deterioro cognitivo. Los resultados a nivel descriptivo indican que los síntomas físicos más graves e insidiosos son dolor, astenia y adinamia. Respecto a la escala total de bienestar espiritual hubo correlaciones positivas con beneficios percibidos del ICQ y bienestar existencial de calidad de vida y negativas con desesperanza del ICQ y síntomas psicológicos de calidad de vida.

Reig, Arenas, Ferrer, Fernández, Albaladejo, Gil y de la Fuente (2012), ejecutaron una investigación con el objetivo de presentar el desarrollo y la aplicación de una medida de bienestar espiritual a una muestra de pacientes en hemodiálisis. Emplearon un instrumento básico denominado Cuestionario del Sentido de la Vida (Meaning in Life Scale, MiLS), con 21 ítems y cuatro escalas: propósito, falta de significado, paz y beneficios de la espiritualidad. Se proporciona una puntuación global de espiritualidad. Se registraron variables de tipo clínico (tiempo en hemodiálisis, índice de comorbilidad de Charlson) y sociodemográfico (edad, género), así como estimaciones del estado de salud, calidad de vida (general y actual), felicidad personal, el grado de religiosidad y la creencia en la existencia de vida ultraterrena. Se utilizó un diseño transversal con 94 pacientes en hemodiálisis. Los resultados mostraron que la versión española de este instrumento (MiLS-Sp) es una medida de bienestar espiritual con garantías psicométricas de calidad (fiabilidad, validez), adecuada para evaluar las complejas exigencias generadas por la problemática de salud del paciente en hemodiálisis. También se encontró que el bienestar espiritual se relaciona significativamente con diversas variables de calidad de vida, percepción de salud, felicidad personal o religiosidad. No existe una relación significativa entre las puntuaciones espiritualidad y la edad, el sexo, el tiempo en diálisis o el índice de comorbilidad.

Aunado se encontró que el grado de bienestar espiritual de estos pacientes es relativamente bajo.

En Cartagena Sierra y Montalvo (2012) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar el nivel de bienestar espiritual de enfermeros y enfermeras que laboran en unidades de cuidados intensivos. El estudio fue descriptivo, muestra aleatoria de 101 enfermeras y enfermeros, con más de seis meses en el sitio de trabajo. Firmado el consentimiento informado, el grupo se caracterizó socio-demográficamente, se utilizó la Escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed para medir creencias y prácticas espirituales. Los datos se presentan en frecuencias y porcentajes. En los estudios se encontró lo siguiente: el 94,1 % son mujeres, con un promedio de 33,2 años y 5 años de trabajo; el 66,3 % pertenecen a un grupo religioso. La puntuación total de la escala es 60 puntos, el 98 % de los participantes presentó un bienestar espiritual alto (46-60 puntos) y las prácticas que realizan son rezar (69,3 %) o meditar (57,4 %). Para el 69,3 %, las creencias espirituales son importantes y el 60,4 % frecuentemente se siente cerca a Dios.

Por otro lado, Rivas, Romero, Vásquez y Canova (2013), realizaron una investigación con el objetivo de describir el bienestar espiritual de los pacientes que viven en condición de enfermedad crónica, mayores de 60 años, a partir de las dimensiones: fe y creencias, autorresponsabilidad y satisfacción con la vida (calidad de vida). El estudio fue descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo. Se estudió una población de 120 adultos mayores, escogidos de forma intencional en tres Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de la ciudad de Santa Marta. La valoración se realizó utilizando la escala de bienestar espiritual JAREL. Dentro de los resultados se encontró que el 56,7% eran mujeres, solo el 15,0% poseían estudios universitarios, 31,0% eran casados y 24,0 % viudos; el 61,0% se dedicaban al hogar. El 59,0% de los pacientes tenían como apoyo un único cuidador y el 54,0% requerían menos de 6 horas de cuidado. Los adultos mayores se afianzan en sus creencias para afrontar la enfermedad y está es usada como fuente de apoyo y confort emocional, evidenciando que el apoyo familiar ayuda a enfrentar esta nueva situación.

En 2016, Genia realizó una investigación con el objetivo de conocer el conocimiento de bienestar espiritual en los estudiantes de la universidad. Los participantes fueron miembros de la facultad, ministros del campus y asistentes de las residencias de la Universidad Americana en Washington, DC, fueron voluntarios que ayudaron a reclutar información para este estudio. Los estudiantes interesados recibieron un cuestionario sobre "valores religiosos y espirituales", el cual se les pidió que completaran y enviaran por correo de forma anónima para el investigador. De los 211 estudiantes universitarios que participaron en este estudio, el 34% se identificaron como católicos, el 29% representaba una amplia gama de denominaciones protestantes, 13 % eran judíos, y el 24% no estaban afiliados a ninguna religión. Debido a que muchos de los participantes en esta última categoría informaron que su fe era moderadamente o muy importante para ellos, fueron clasificados como "no tradicionalmente religiosos". Había 65 hombres y 146 mujeres, con una edad media de 22 años. La muestra fue raza predominantemente blanca (81 %), los participantes tenían en promedio 3 años de educación universitaria. Es esta investigación se utilizó la Escala de Orientación religiosa Allport-Ross (ROS).

Sólo se encontraron tres artículos que describen la relación de las variables de espiritualidad y control glucémico.

En 2008, Newlin, Melkus, Tappen, Chyun y Koenig analizaron la relación de la religión y la espiritualidad con el control glucémico en una muestra de 109 mujeres afroamericanas con DT2. Midieron factores demográficos (edad, ingresos y educación), clínicos (índice de masa corporal, uso de medicamentos), psicosociales (estrés emocional y apoyo social), control glucémico (HbA1c) y la religión y espiritualidad mediante el bienestar religioso y existencial. Encontraron una relación significativa de la religión y la espiritualidad con el control glucémico ($p=0.028$ y $p=0.006$ respectivamente). Sus resultados sugieren que la religión y la espiritualidad sean abordados en el cuidado de las mujeres afroamericanas para mejorar su CG.

Luengo y Mendonça realizaron en 2014 una investigación con el objetivo de comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos, en correlación con su calidad de vida. Esta investigación se desarrolló en el Centro de Educación sobre la Diabetes de la Alcaldía Municipal de Pouso Alegre, Minas Gerais. La muestra consistió en 20 pacientes con diabetes. El discurso del sujeto colectivo fue el método elegido para la construcción de los significados. Se aplicó cuestionario que constaba de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El perfil de los encuestados, en su mayoría eran mujeres, casadas, desempleadas y con estudios primarios incompletos. El estudio demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, que se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida.

Ruiz realizó en 2015 en México una investigación con el objetivo de analizar el sufrimiento espiritual (SE) y su relación con el control glucémico (CG) en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). En un estudio analítico, comparativo y trasversal con muestreo probabilístico en personas de 20-70 años con DMT2 en un centro de salud de León Guanajuato (localidad uno [L1]) y un centro de salud de Morelia Michoacán (localidad dos [L2]). El SE se midió con la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian validado al español. El CG se midió con la Hemogloblina glucosilada (HbA1c). Se utilizó estadística descriptiva para conocer características de los participantes e inferencial para probar hipótesis. Resultados. Se reportó alta prevalencia de SE en la población total (84.9%) y en ambas localidades (94.2-78.7%); Así mismo se encontró SER leve en L1 (76.4%), SEE leve en L2 (82.5%) ($p=0.0001$). Hubo asociación entre SE y CG ($\chi^2 = 4.9824$, $p=0.026$, $RM=2.52$, IC 95% 1.10-5.78 y FAe % 60.3) y entre SE y CVRS en la dimensión energía y movilidad [EM] ($\chi^2= 4.8903$, $p=0.027$, $RM=3.23$, IC 95% 1.09-9.57 y FAe % 68.73) en los participantes de L2. Existe asociación en SE leve y CVRS global en L2 ($\chi^2= 8.6087$, $p=0.014$). Modelo de regresión logístico entre SE y CG fue ajustado por localidad, actividad física e hipoglicemia con RM cruda de 0.96 (IC95% = 0.51-1.81) entre SE y CG; y RM ajustada fue de 2.016 (IC 95%=0.95-4.24).

La evidencia empírica existente del control metabólico y/o glucémico se muestra a continuación.

Ariza, Camacho, Londoño, Niño, Sequeda, Solano y Borda ejecutaron una investigación en Cortagena (Colombia) en 2005, con el objetivo de establecer los factores asociados a mal control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. En un estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles. Se estudiaron un total de 157 pacientes diabéticos tipo 2. Se estableció el grado de control metabólico mediante la HBA1C. Se caracterizó la población por variables socio-demográficas y por la relación entre el control metabólico y los factores de riesgo en estudio. La recolección de los datos se realizó por medio de fuentes secundarias, constituidas por los registros de las historias clínicas sistematizadas en el aplicativo Ciklos de COOMEVA EPS y la información consignada en la ficha familiar de cada paciente. El 83.41% de los pacientes son mayores de 50 años, con una media de 62.7 años. El 63.1% cursó educación secundaria; el 51.6% está en sobrepeso (promedio de IMC: 27.4); el 69.4% es hipertenso y el 66.2%, mostró disfunción familiar leve (APGAR 14-17). El 62.4% tiene un mal control metabólico. Se encontró tendencia a la asociación entre el mal control metabólico y la disfuncionalidad leve (Apgar Familiar 14-17), y se obtuvo un OR de 3.3 (IC 95% 1.24-8.83) para los que tenían disfuncionalidad y mal control y un valor de la probabilidad del Chi-cuadrado de 0.0175.

Pérez, Franch, Cases, González, Conthe, Gimeno y Matali (2012) llevaron a cabo una investigación en España con el objetivo de evaluar la relación del grado de control glucémico con las características de la enfermedad y el tratamiento antihiper glucemiante en pacientes con diabetes tipo 2. En un estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en el territorio español con muestreo consecutivo. Se registraron variables demográficas y clínicas de pacientes con seguimiento en el centro > 12 meses. La información se recogió en una sola visita en cuadernos electrónicos (e-CRD). Se registraron datos demográficos y antropométricos. El estudio se realizó con la colaboración de un Centro de Gestión de Datos, que se encargó de todos los aspectos logísticos y de la realización, diseño y distribución de los e-CRD a los investigadores participantes, así como de

su gestión. Se analizaron datos de 6.801 pacientes reclutados por 734 médicos especialistas y 965 de atención primaria. En los resultados se encontró lo siguiente: el 97,8% recibían tratamiento farmacológico (30,3% monoterapia, 51,4% con 2 fármacos, 16,1% \geq 3 fármacos y 26,6% con insulina). La hemoglobina glucosilada (HbA1c) media (DE) era de 7,3 (1,2) % y el 40,4% de los pacientes tenían HbA1c < 7,0%. Esta proporción varió ($p < 0,0001$) según el tiempo de evolución de la diabetes (51,8% con < 5 años, 39,6% con 5-10 años, 35,1% con 10-15 años y 31,4% con > 15 años) y el tipo de tratamiento (monoterapia 52,9%, biterapia 35,6%, triple terapia 28,0% e insulina 25,2%).

Navas y Cermeño (2012) efectuaron una investigación a los habitantes del Municipio Heres, Parroquia José Antonio Páez, Barrio San Ignacio del Cocuy, estado Bolívar, con el objetivo de identificar factores de riesgo para diabetes y evaluar los resultados de la aplicación de estrategias educativas sobre parámetros clínicos y metabólicos, en sujetos con al menos un factor de riesgo modificable y/o controlable para la enfermedad en un estudio con paradigma sociocrítico, enfoque cualicuantitativo y diseño longitudinal a una población de 700 personas, de las cuales 200 son > de 12 años. La selección de la muestra fue no probabilística e incluyó a todas las personas con criterios de inclusión que aceptaran participar en el estudio. De esta forma se inició el estudio con 150 personas. En los resultados se encontró lo siguiente: la encuesta realizada a 150 personas, (90 mujeres y 60 hombres) demostró que la comunidad de San Ignacio entrevistada desconoce en 100% la información sobre DM y factores de riesgo para desarrollarla.

En 2013, Ayala, Acosta y Zapata ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de adecuado control metabólico de los pacientes con DT2 tomando en cuenta el valor de la hemoglobina glucosilada recomendado por la Asociación Americana de Diabetes. En un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se seleccionó de manera aleatoria a 281 pacientes mayores de 18 años con DM-2 que fueron atendidos en consultorio externo de Endocrinología del Centro Médico Naval (Cemena), Callao, con un tiempo no menor a los seis meses, desde enero a julio de 2012. La cuantificación de la

HbA1c fue realizada por el método de inhibición inmunturbidimétrico. Para el cálculo de frecuencias y promedios se utilizó el programa SPSS versión 16. En los resultados se encontró lo siguiente: el 50,88% de los pacientes tuvo una HbA1c menor de 7%, el 57,29% fue varón, la edad promedio fue de 59,86 años y el tiempo promedio de enfermedad fue de 8,19 años. Diez (3,58%) pacientes recibían solo dieta, 131 (46,61%) un solo antidiabético oral, 59 (20,99%) dos antidiabéticos orales y 81 (28,82%) insulina.

Jiménez, Aguilar, Rojas y Hernández realizaron una investigación en México en 2013, con el objetivo de estimar la frecuencia de medidas de prevención y control para diabetes tipo 2 en población mexicana. La ENSANUT 2012 es una encuesta con representatividad nacional, con diseño de muestreo probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados. En este análisis se utilizó la información de 46 277 adultos mayores de 20 años. El análisis se efectuó utilizando Stata 12. En los resultados se encontró una prevalencia de diabetes por diagnóstico previo de 9.2% (6.4 millones) en la ENSANUT 2012, 7.3% (3.7 millones) en 2006 y 4.6% (2.1 millones) en 2000. En 2012, la media del número de consultas en el último año para control de la diabetes fue de 7.3; no obstante, el porcentaje de revisión de pies (14.6%), oftalmológica (8.6%) y la determinación de HbA1c (9.6%) fue bajo.

Álvarez, Ávalos, Morales y Córdova (2014) realizaron una investigación en Tabasco, México con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento (NdC) de la diabetes tipo 2, estilo y su relación el control metabólico. En un estudio observacional, transversal y analítico en una muestra de 200 personas con diabetes se aplicó un cuestionario elaborado ex profeso de 33 con opciones de respuesta de “casi nunca” a “siempre”; el control metabólico se obtuvo de datos de laboratorio obtenidos del expediente. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (chi cuadrada de Pearson. En los resultados se encontró lo siguiente: media de edad 55 años, en el promedio de año de estudios, 6, 59.5% fueron mujeres, 44.5% dedicadas al hogar y media de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel de conocimientos fue insuficiente (87%) y al relacionar el NdC y el control metabólico se obtuvo una χ^2 de 4.735 y una $p=0.03$; el 92% presentan estilo de vida no

saludable. El 56% presentó hiperglucemia en ayuno; el 52% presentó niveles normales de colesterol y el 57.5% cursó con hipertrigliceridemia.

Osuna, Rivera, Bocanegra, Lancheros, Tovar, Hernández y Alba ejecutaron en 2014 una investigación con el objetivo de describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con diabetes tipo dos hospitalizados en el servicio de medicina interna durante el periodo comprendido entre octubre de 2010 y agosto de 2012 en el hospital de San José, Bogotá, Colombia. Los sujetos de estudio fueron 318 pacientes adultos de ambos sexos. Los pacientes fueron seguidos hasta el egreso hospitalario. Se realizó una entrevista para la recolección de datos sobre características sociodemográficas: edad, sexo, estrato social, estado civil, nivel educativo; medidas antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC); características clínicas: motivo de ingreso: tiempo de diagnóstico de diabetes, presentación de la DM2 al ingreso (de novo, conocida), el estado de la DM2 (controlada, no controlada, descompensada), tratamiento, automonitoreo, definido éste como la toma de por lo menos seis glucometrías semanales, el grado de control metabólico se evaluó mediante la determinación de HbA1c. Se analizaron los laboratorios tomados al ingreso o realizados en el último mes: nitrógeno ureico, creatinina, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), y en muestra aislada de orina el valor de proteinuria. La tasa de filtración glomerular se calculó por fórmula de Cockroft Gault. En los resultados se encontró lo siguiente: 318 pacientes, 283 diabéticos conocidos y 35 con diabetes de novo, edad promedio 65 años (DE 13.7). La principal causa de admisión fue enfermedad infecciosa (43%), seguido de descompensación metabólica (21%). El 81% se encontraba fuera de las metas de control metabólico. La neuropatía (68%) y la nefropatía diabética (66%) son las complicaciones crónicas más frecuentes. El 71% presentaban hipertensión arterial. Los pacientes con un mal control metabólico tuvieron una estancia hospitalaria mayor a 10 días de 17.5% respecto a 12% de aquellos con buen control metabólico. Se presentaron 17 defunciones (5.3%) principalmente por complicaciones infecciosas.

Ortiz y Myers (2014), ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar la asociación longitudinal entre cuatro dominios del estrés psicológico: 1) estrés emocional, 2) estrés relacionado con el régimen de tratamiento, 3) estrés con el médico y 4) estrés interpersonal con el control metabólico de adolescentes con diabetes tipo 1. La investigación se realizó con una muestra no probabilística e intencionada fue seleccionada desde los registros del Hospital Hernán Henríquez de Temuco, Chile. Veinte adolescentes con diabetes tipo 1, con más de un año de diagnóstico y cuya edad fluctuó entre los 12 y 18 años, de los 20 participantes, 60% corresponde al género masculino, se realizó un seguimiento durante un año; a cada paciente se le realizaron tres determinaciones de HbA1c y un autoinforme de estrés. Para evaluar el estrés, se utilizó la Escala de Estrés para Diabéticos de Polonski²¹, (2005) cuya versión original cuenta con 17 ítems, agrupados en 4 factores (subescalas): subescala de estrés emocional (EB), subescala de estrés con el médico (PD), subescala de estrés con el régimen de tratamiento (RD) y la subescala de estrés interpersonal (ID). En los resultados se encontró lo siguiente: De los cuatro dominios de estrés estudiados, se ha encontrado evidencias que tanto el EB y el RD se asociaron positivamente con la HbA1c en todos los tiempos estudiados, es decir aquellos participantes que presentaron valores elevados de estrés emocional y de estrés con el régimen de tratamiento tendieron a presentar concentraciones altas de HbA1c.

Otro factor a considerar en las personas con diabetes tipo 2 es la calidad de vida. Se describirán algunos artículos con esta temática.

En 2011, Urzúa, Chirino y Valladares, elaboraron una investigación en Chile, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La investigación se realizó bajo un diseño no experimental, de tipo transversal en una muestra de 296 personas. Se utilizó un instrumento compuesto de dos partes. La primera sección indagó datos sociodemográficos y de salud. La segunda sección correspondió al cuestionario específico Diabetes Quality of Life (DQOL) 17. El DQOL consta de 48 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: satisfacción con el tratamiento (15 reactivos), impacto del tratamiento (20 reactivos), preocupación por los efectos futuros de la

diabetes (4 reactivos), preocupación por aspectos sociales y vocacionales (7 reactivos), más una pregunta sobre el estado de salud percibido. El puntaje total obtenido se transforma a un índice de 0 a 100, donde los puntajes más bajos indican que el paciente tiene una mejor percepción de CVRS en esa dimensión. En los resultados se encontró lo siguiente: La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (201 participantes -68%). La media de edad fue de 63,1 años (DE = 10,4 años), con un rango de edad que osciló entre los 23 y los 80 años. Del total de fichas de las que se pudo obtener información acerca del último control (101, equivalente a 34%), sólo 47 (15%) tenían datos de exámenes realizados en los últimos tres meses para el colesterol y para glucosa.

Molina, Acevedo, Yáñez, Dávila y González (2013) realizaron una investigación con los objetivos de comparar la prevalencia de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlada y descontrolada. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y comparativo. A través de muestreo por conveniencia, se seleccionaron 69 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y 62 con diabetes mellitus tipo 2 controlada, procedentes del módulo de diabetes de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. Se aplicaron el inventario de Texas modificado para duelo, escala para depresión y láminas Coop-Wonca para calidad de vida. Se utilizó χ^2 y U de Mann-Whitney, con un nivel de significado de 0.05 y programa estadístico SPSS, versión 15. En los resultados se encontró: en duelo, se obtuvieron cifras de 46.3% para el grupo de descontrolados vs 9.6% para los controlados ($p = 0.000$); en depresión, 53.6% para descontrolados y 32.2% para controlados ($p = 0.014$); en calidad de vida se encontraron diferencias en las dimensiones de: cambios en el estado de salud ($p = 0.000$), estado de salud ($p = 0.000$) y total ($p = 0.001$).

En 2013, López, Cifuentes y Sánchez realizaron una investigación en pacientes con DT2 que asistieron a un hospital de mediana complejidad de la ciudad de Cali (Colombia) con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con DT2. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que determinó la CVRS de 30

pacientes con DT2, aplicando el cuestionario genérico EQ-5D y la Escala Visual Análoga [EVA]. En los resultados del estudio se mostró un predominio del género femenino (87%), la edad media de 64,4 años, y el sobrepeso (67%);, la complicación crónica más frecuente fue la retinopatía (37%), en las dimensiones de la calidad de vida se encontró "algunos problemas" y "muchos problemas" en "angustia/depresión" (40% - 27%), y "dolor /malestar" (37% - 30%). 57% refería como buena su calidad de vida total, mientras que 43% indicó que era mala. La EVA reportó un buen estado de salud (75%).

Bautista y Zambrano realizaron en 2015 una investigación con el objetivo de describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. En un estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra constituida por 287 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante expresión verbal del consentimiento informado. Para recolectar la información se utilizó el cuestionario de Diabetes Quality of Life, que permite conocer la calidad de vida del paciente diabético, mediante la valoración de las subescalas satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, efectos sociales y vocacionales, efectos futuros de la enfermedad y bienestar general. En los resultados se encontró lo siguiente: de los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3 % tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1 y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad, con 9,9.

Chaverri y Fallas efectuaron en 2015 una investigación la cual consta de un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal. Se realizó mediante un análisis, de una muestra representativa de todos los pacientes Diabetes Diabéticos Tipo 2 que asisten al EBAIS General Viejo durante los meses de junio y julio de 2013 entre los 40 y 79 años. Se aplican para la obtención de datos el cuestionario SF-36 El Short Form 36 (SF-36 por sus siglas en inglés). Los

36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. En el estudio se incluyeron pacientes afectados de DM tipo 2 cuya evolución fue >1 año desde el diagnóstico, y sean mentalmente competentes. En el estudio se excluyeron a pacientes afectados de deterioro cognitivo (Escala Pfeiffer < 2 puntos). También aquellos con enfermedades consuntivas y/o neoplásicas con esperanza de vida limitada y aquellos sujetos inmovilizados. En los resultados se encontró lo siguiente: En relación al sexo la mayoría de participantes correspondió a mujeres con un 64,2 %, mientras que los hombres con un 35,8%, por grupo etario se observó un predominio entre el grupo de los 50 a 59 años de edad, en menor proporción los pacientes de 70 a 79 años y de 40 a 49 años. En promedio la poblacional posee una autopercepción de su CVRS de Muy buena a Regular, de las 8 dimensiones, 2 son calificadas como Muy buena, 3 como Buena y 3 de Regular, la dimensión vitalidad y dolor corporal son las variables más pobremente calificadas.

En el periodo comprendido del 1 de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016 se observó que las personas con diabetes mellitus tipo 2 que acudían a la consulta externa a la unidad de medicina familiar número 70 de Zinapécuaro llegaban con un mal estado de salud. Se observó que al tomar los signos vitales de los pacientes, algunos presentaban presión arterial alta o baja y las muestras de glucosa y/o colesterol que se les realizaba en la mayoría de los pacientes salían alteradas. También se identificó que al conversar con el paciente algunos referían que no llevaban el seguimiento del tratamiento médico ni una adecuada alimentación.

Fue posible advertir que cada día se incrementaba el número de consultas a personas con diabetes, así como el número de personas diagnosticadas. Algo de llamar la atención fue que de la mayoría de la población afiliada a dicha unidad más de la mitad son personas con diabetes. Además, fue interesante en algunos pacientes que algunos desde el momento que se les daba el diagnóstico decidían no seguir el tratamiento médico. Pero tomaban la iniciativa de cuidar su

alimentación y realizar actividad física y decían controlarse por medio de esto aunado a su fe, ya que referían poner en manos de Dios la enfermedad.

Por eso es muy importante que las enfermeras continúen buscando nuevas manera de cuidar a las personas con diabetes y por eso se debe contribuir con el equipo de salud con intervenciones que ayuden a mantener su control metabólico, sabiendo que de esta manera se evitarán a futuro complicaciones micro y macrovasculares.

Si se evitan lo más que se puedan las complicaciones a las personas con diabetes, también se ayudará a que tengan una mejor calidad de vida, porque vivirán los años que les resta de una manera más sana.

Este estudio resultó factible de realizar porque formó parte de un proyecto autorizado a la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz en el año 2015 y contó con financiamiento para medir la glucosa, el colesterol y el triglicérido de las personas que padecen diabetes tipo 2.

También ayudó a efectuarlo que la responsable del proyecto contó con las facilidades que brindaron las autoridades de la institución de salud, además de que se conocía a las personas con diabetes porque se trabajó con ellas y se tuvo contacto personal durante el año de realización del servicio social en la localidad de Zinapécuaro, Michoacán de Ocampo.

Planteamiento del problema

De acuerdo a datos del INEGI, la diabetes fue la segunda causa de mortalidad en el Estado de Michoacán de Ocampo en el año 2011 y muestra la magnitud del problema de esta enfermedad y por eso los programas de salud en los adultos se enfocan en la detección temprana de los diferentes factores de riesgo.

En el caso de la diabetes más del 23% de los adultos de 20 años o más se realizó una prueba de glucosa en sangre en el año 2011 y en la población con diagnóstico médico previo de diabetes, 9.6% se realizó la determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses, mayoritariamente en un laboratorio privado (12.4%) (ENSANUT, 2012).

La diabetes no sólo es importante por el gran número de personas a las que afecta, sino que presenta muchas complicaciones, la más importante de ellas es la visión disminuida (47.6), que se refleja también en daño a la retina (13.9%) y pérdida de la vista (6.6%). También se reporta que es frecuente la presencia de úlceras en estas personas (7.2%) y el padecer coma diabético (2.9%), datos del 2012 que son muy similares a los registrados en la ENSANUT 2006, aunque con ligeros incrementos en todos los casos (ENSANUT, 2012).

Para enfermería resulta importante trabajar con las personas con condiciones crónicas como la diabetes ya que estas personas viven a lo largo de su vida con esta enfermedad que les genera muchas complicaciones que les afecta a su calidad de vida porque este padecimiento, al ser de larga evolución, produce cambios familiares, sociales, emocionales, psicológicos y espirituales.

Por esto se considera importante retomar la meta que el Programa de Acción específico de Diabetes Mellitus estableció desde 2008, que es “aumentar años de vida de las personas con diabetes y mejorar su calidad de vida (Programa de Acción Específica Diabetes Mellitus, 2008). Por eso el objetivo de este estudio será analizar el bienestar espiritual relacionado al control metabólico y a la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán, debido a la importancia que este padecimiento tiene en México y Michoacán.

Se pretende que esta investigación fortalezca el Grupo de investigación Cuidado humanizado en condiciones crónicas.

Por lo tanto se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel del bienestar espiritual de las personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es el control metabólico de personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual con el control metabólico en personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual con la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual con el control metabólico y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2?

Objetivos

General

Analizar el bienestar espiritual relacionado al control metabólico y a la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán.

Específicos

1. Caracterizar a las personas participantes con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar los niveles de bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial de las personas participantes.
3. Identificar el grado de control metabólico (glucosa, colesterol y triglicéridos) en las personas participantes.
4. Determinar la calidad de vida relacionada a la salud de las personas participantes.
5. Identificar la relación del bienestar espiritual con el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2.
6. Identificar la relación del bienestar espiritual con la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2.

Hipótesis

Hi1: Existe relación entre el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial y el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán.

Hi2: Existe relación entre el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán.

Ho1: No existe relación entre el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial y el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán.

Ho2: No existe relación entre el bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán

Capítulo II

Marco teórico

En este apartado se desarrollan las variables de estudio. Se inicia con bienestar espiritual, se continúa con calidad de vida y se finaliza con diabetes tipo 2.

Bienestar espiritual

Antes de abordar el bienestar espiritual se iniciará mencionando algunos elementos de la espiritualidad.

Las personas a veces no logran percibir la dimensión espiritual, hasta cuando están cerca la muerte o una enfermedad crónica. Es de vital importancia reconocer el bienestar espiritual en un individuo. Como personal de salud es muy significativo no solo el cuidado físico sino el apoyo psicológico y lograr que el paciente aumente su bienestar espiritual.

Pero primero se debe comprender qué es bienestar espiritual y por qué siendo tan importante para el mejoramiento de la salud no se logra aplicar en su totalidad. Para esto es importante entender que el hombre está compuesto por cuerpo y alma aunque en ciertos referentes se añade “espíritu”.

Aristóteles afirmaba en su teoría helimórfica que todas las cosas se constituyen en base a la materia y la forma. Es decir, no todo es material, no todo es espiritual, pero sin embargo ambas formas experimentan una íntima conexión. Del ser humano podemos afirmar lo mismo: no todo en él es sólo material, pero tampoco todo en él es sólo espiritual. Ambas realidades se implican y necesitan una de otra. (Segura y Rodríguez, 2014).

La fe es el principio y el fundamento de la vida espiritual, es algo indispensable y necesario. Es una luz que no cambia jamás; siempre brilla, sea cual fuere la situación en la que nos encontremos. Se entiende entonces que el bienestar espiritual es “la habilidad para mantener la esperanza en esta etapa de la vida así como el creer que estará bien con la enfermedad crónica que padece. (Rivera, López y Montero, 2005).

Sánchez Herrera clarifica, desde su perspectiva, qué es y qué no es la espiritualidad.

¿Qué es la espiritualidad?
La espiritualidad es un elemento privado y personal que con frecuencia se experimenta de forma abstracta.
Se puede expresar a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos, los juicios, la creatividad, etc.
Es la forma en que las personas son espirituales o viven con espíritu.
Incluye la relación de la persona con los aspectos no materiales de la vida.
Es un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano.
Agrupar las ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito y tiene el poder de dar forma y significado al ser, al saber y al hacer.
Motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias.
Es un componente de la salud relacionado con la esencia de la vida.
¿Qué no es la espiritualidad?
No es algo tangible o totalmente medible.
No es sinónimo de religión.
No es prerrogativa de los creyentes.
No es igual a la psicología, ni a ética, ni a conciencia moral, ni a cultura.
No es igual a la intuición.

Algunos conceptos de bienestar espiritual son los siguientes. El bienestar espiritual es la capacidad para aumentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión del yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo (Pargament y Mahoney, 2002).

En este estudio se utilizará la definición de bienestar espiritual como el estado general de salud espiritual y se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior) (Ellison, 1983; Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991).

Calidad de vida relacionada a la salud

El concepto de Calidad de Vida (CV) ha sido utilizado desde la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. La ampliación de su uso fue a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual (Urzúa y Caqueo 2012).

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS– es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (Urzúa 2010).

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (Urzúa 2010).

Conceptos

Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Urzúa y Caqueo 2012).

La Organización Mundial de la Salud define como calidad de vida a la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de

cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS 2005).

Para esta investigación se considerará a la calidad de vida relacionada a la salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa,).

Control metabólico

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (2010), la diabetes es definida como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Mientras que la diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos (NOM 015, 2010).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, define el control metabólico en el paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, como aquel que presenta de manera regular, glucosa en ayuno normal, IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normales (NOM 015,2010).

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias define a las dislipidemias como un conjunto de enfermedades asintomáticas, que

tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas.

El colesterol es definido como una molécula esteroidea, formada por cuatro anillos hidrocarbonados más una cadena alifática de ocho átomos de carbono en el C-17 y un OH en el C-3 del anillo A. Aunque desde el punto de vista químico es un alcohol, posee propiedades físicas semejantes a las de un lípido (Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, 2012).

Triglicéridos son a las moléculas de glicerol, esterificadas con tres ácidos grasos. Principal forma de almacenamiento de energía en el organismo. También llamados triacilgliceroles (NOM-037-SSA2-2012, 2012).

Por ello, para lograr un buen control de la DM las organizaciones internacionales han recomendado alcanzar metas establecidas cada vez más estrictas para minimizar el riesgo de complicaciones.

Capítulo III

Material y métodos

Este apartado contempló el tipo y diseño metodológico del proyecto de investigación, la población y muestra seleccionada, el tipo de muestreo, los instrumentos a utilizar, los procedimientos y métodos para la colecta de la información, las consideraciones éticas y de bioseguridad y el análisis de datos que se aplicaron en la presente investigación

Tipo de estudio

En relación con el enfoque fue un proyecto cuantitativo porque se usó la “recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y comprobar teoría”. En relación con el alcance este fue un estudio exploratorio y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es descriptivo porque específico propiedades, características y rasgos importantes del BE y la CVRS.

Diseño metodológico

Este protocolo de investigación se consideró no experimental, transversal porque sólo se recolectaron los datos en un solo momento del 12 de agosto al 12 de septiembre de 2016. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Límites de espacio temporales

Tiempo: Este estudio se realizó del mes de agosto al mes de septiembre de 2016.

Lugar: Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la ciudad de Zinapécuaro, Michoacán.

Universo.

La población de estudio fueron personas adultas con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 que acudieron a la UMF.

Tamaño de Muestra.

La muestra fue no probabilística (Hernández y colaboradores, 2014) a conveniencia y se eligieron de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en la ciudad de Zinapécuaro, Michoacán, durante un mes.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión. Personas entre 30 años y 90 años de edad, con diagnóstico médico de DT2, con por lo menos un año de diagnóstico de la enfermedad, que acudieron a consulta externa y que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Fueron excluidas del estudio las personas que no presentaron DT2, con diagnóstico actual de enfermedad psiquiátrica (no incluye depresión), con complicación de la DT2 o con diagnóstico principal de ingreso de insuficiencia renal crónica en terapia sustitutiva de riñón (diálisis peritoneal o hemodiálisis), con diagnóstico de diabetes gestacional y con tratamiento de psicofármacos.

Se eliminaron del estudio a las personas que no aceptaron participar o no firmaron el consentimiento informado.

Variables

Variable Independiente. Bienestar espiritual.

Variables dependientes. Calidad de vida y control metabólico.

Bienestar espiritual.

El bienestar espiritual es el estado general de salud espiritual y se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior) (Ellison, 1983; Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991).

Calidad de vida relacionada a la salud.

Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2011).

Control metabólico.

El control metabólico es definido por la NOM-015 SSA2- 2010 como el paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular, glucosa en ayuno normal, IMC menor a 25, lípidos y presión arterial normales (NOM-015-2010). El control metabólico se medirá a través de glucosa, colesterol y triglicéridos.

Covariables: Se consideraron a las variables sociodemográficas que se midieron de la siguiente forma:

Edad. Tiempo vivido por una persona que cubre el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento. Se midió en años.

Género. Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres humanos. Se registraron como femenino o masculino.

Estado civil. Condición que guarda cada persona en relación con quien comparte su vida, pudiendo estar o no avalado por la ley.

Escolaridad. Total de cursos académicos realizados por una persona.

Ocupación. Trabajo o dedicación que una persona decide tener en la vida con un fin gratificable económico o no.

Con quién vive. Personas con las que comparte su casa, familiares o no.

Religión. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social.

Tiempo de diagnóstico de la diabetes. Duración de la enfermedad desde que fue detectada por estudios de laboratorio.

Complicaciones de la diabetes. Dificultades derivadas de la enfermedad a nivel micro y macrovascular.

Práctica religiosa y espiritual. Es un medio utilizado por una persona en que aplica su mente y su inteligencia para conseguir bienestar espiritual, incluye las prácticas rituales como la oración, meditación, etc.

Participación en grupos de apoyo para el control de la diabetes. Conjunto de personas que comparten el mismo problema (la diabetes) para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias y también se dan apoyo emocional.

Instrumentos

Bienestar espiritual

Para la variable independiente bienestar espiritual se empleó el instrumento Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian conformado por las subescalas Existencial y Religiosa, cada una de ellas con 10 ítems. Los puntos de corte establecidos por los autores consideran bienestar espiritual bajo de 20 a 40 puntos, bienestar espiritual moderado de 41 a 99 puntos y bienestar espiritual alto de 100 a 120 puntos para la escala general.

Para la subescala religiosa se consideró relación no satisfactoria con Dios al obtener un puntaje de 10 a 20 puntos, bienestar religioso moderado con de 21 a 49 puntos y una relación positiva con Dios al obtener de 50 a 60 puntos.

Para la subescala existencial los autores señalan que se tiene una baja satisfacción con la vida y una falta de claridad en el propósito de vida al obtener 10 a 20 puntos, un moderado nivel de satisfacción y propósito en la vida cuando se obtienen de 21 a 49 puntos y un alto nivel en la satisfacción y propósito en la vida

cuando se obtienen de 50 a 60 puntos.(Ellison, 1983; Bufford y colaboradores, 1991).

Se midió y clasificó de la siguiente forma.

El participante contestó el instrumento, con apoyo del encuestador. El tiempo requerido fue de 30-40 min.

Los puntajes obtenidos en las subescalas se sumaron para obtener el Bienestar Espiritual para la escala total. El Bienestar Espiritual se clasificó con los siguientes puntajes para las subescalas y para el total.

Categoría	Subdimensiones		Escala total
	Existencial	Religiosa	Bienestar Religioso
Bajo	10-20	10-20	20-40
Moderado	21-49	21-49	41-99
Alto	50-60	50-60	100-120

La Escala de Bienestar Espiritual fue elaborada por Craig Ellison y Ray Paloutzian en 1983. El Bienestar Espiritual es medido a partir de la percepción de la persona en dos dimensiones: Dimensión Existencial o transversal (hacia sí mismo y hacia los demás) y Dimensión Religiosa o vertical (hacia Dios, un ser o una fuerza superior). La subescala de Bienestar Religioso fue medida con 10 ítems utilizando una escala de Likert de seis puntos donde 1 equivale a “Completamente en desacuerdo”, y 6, a “Completamente de acuerdo”. La subescala de Bienestar Existencial fue medida con 10 ítems empleando una escala de Likert de seis puntos donde 1 equivale a “Completamente en desacuerdo”, y 6, a “Completamente de acuerdo”. El Bienestar Espiritual General es dado por ambas dimensiones.

Existe una versión en español validada en población hispano-americana. El instrumento demostró buena fiabilidad para las subescalas y para la escala general. En cuatro estudios con test-retest entre 1-10 semanas la subescala

RWBS presentó coeficientes de 0,96, 0,99, 0,96, y 0,88. Para la subescala EWBS, los coeficientes de fiabilidad fueron 0,86, 0,98, 0,98 y 0,73. Para la escala total los índices de consistencia interna variaron de 0,89 a 0,94. (Bufford y colaboradores, 1991). La validez de contenido del instrumento fue buena, siendo un buen indicador general del bienestar y es especialmente sensible a la falta de bienestar. Las dos subescalas se correlacionan positivamente en el concepto positivo de sí mismo, sentido de propósito en la vida, salud física y ajuste emocional. Las subescalas del instrumento también presentan una correlación negativa con la mala salud, la inadaptación emocional y la falta de propósito en la vida (Bufford y colaboradores, 1991).

Calidad de vida relacionada a la salud.

Para la variable dependiente CVRS se utilizó el instrumento específico Diabetes 39 (D39) elaborado en 1997 por Boyer y Earp el cual fue adaptado transculturalmente y validado al español hablado en México (Yucatàn). Abarca cinco dimensiones de la vida de la persona con diabetes: Energía / Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad / preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual exploradas con 39 ítems y utilizando una escala de tipo analógica visual de 7 puntos donde 1 equivale a “No afectó para nada”, y 7, a “Afectó tremendamente”. Para cada pregunta la persona marcó con una “X” para indicar el nivel de concordancia con el ítem. El instrumento incluye dos ítems más: uno que mide la percepción que la persona diabética tiene de su CV como un todo y otro que mide la percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes. Utilizan una escala de Likert de 7 puntos donde 1 equivale a “La calidad más alta”, y 7, a “La más baja calidad”. Se considerará que a menor puntaje mejor calidad de vida y a mayor puntaje peor calidad de vida. Se clasificará la CVRS en tres categorías: bueno, regular y malo.

La CVRS se midió de la siguiente forma:

Primero se contestó el instrumento y para cada pregunta la persona marcó con una “X” indicando el nivel de concordancia con el ítem en una escala de tipo

analógica visual de 7 puntos donde 1 equivale a “No afectó para nada”, y 7, a “Afectó tremendamente”. También contestó dos ítems más: uno que mide la percepción que la persona diabética tiene de su CVRS como un todo y otro que mide la percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes marcando con una “X” en una escala de Likert de 7 puntos donde 1 equivale a “La calidad más alta”, y 7, a “La más baja calidad.

Estandarización de la puntuación. Para facilitar la comparación de la puntuación de la escala en la investigación para la validez y confiabilidad, se transformó cada puntuación de las cinco categorías a una escala de 0 al 100% (Apéndice B).

Control metabólico.

Para el control metabólico se midió a través de glucosa, colesterol y triglicéridos. Para fines de esta investigación se consideraron las siguientes cifras para medir el control metabólico.

Glucosa	Colesterol Total	Triglicéridos
<100 mg/dL	<200 mg/dL	<150/dL

American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2016. Secretaría de Salud, México; Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias; 2012.

Procedimientos

Tras la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se solicitó autorización a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 70 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en la ciudad de Zinapécuaro, Michoacán para su realización.

Para la selección de participantes se identificó a las personas que acudieron a la consulta externa, que cumplieran con los criterios de inclusión, se les abordó y brindo información del objetivo del estudio y se solicitó su

participación en él. Se acordó con la persona el momento para la aplicación de los instrumentos y en ese momento se solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado (Apéndice A).

Prueba Piloto

El instrumento llamado Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian fue validado en población michoacana en el año 2013 obteniendo fiabilidad a través del Alfa de Cronbach de 0.85.

El instrumento Diabetes 39 fue validado en población michoacana en el año 2013 obteniendo fiabilidad a través del Alfa de Cronbach de 0.95.

Análisis estadístico

Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 22. Se empleó estadística descriptiva, para conocer las características de los participantes del estudio a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, media, mediana y moda

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de los datos, decidiendo la aplicación de la prueba no paramétrica rho de Spearman para comprobar los objetivos de estudio y se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para identificar diferencias en el bienestar espiritual por género. De igual manera se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados se presentaron en tablas.

Recursos humanos

Responsables. Ma. del Carmen Ayala Ferreira, quien realizó trámites administrativos ante las autoridades de la unidad, la colecta y captura de los datos así como análisis y elaboración del informe de tesis.

Asesora. Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, realizó asesoría durante todo el proceso y proporcionó el equipo y material para la investigación.

Programa de trabajo. Se presenta un cronograma en donde se muestran las actividades a realizar, así como la duración total del estudio.

Actividad	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Elaboración del protocolo	X	x	x	x						
Aprobación del protocolo por la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería y la unidad de salud					x					
Colecta y captura de los datos					x	x				
Análisis de la información						x	x			
Elaboración del informe							x	x		
Trámites administrativos								x	X	
Defensa y obtención de grado										x

Presupuesto. Se dispone de financiamiento debido a que es un proyecto derivado del Programa Ex Becario PRODEP 250-UMSNH 2015 autorizado a la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz.

Consideraciones éticas y legales

De acuerdo con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante de la Declaración de Helsinki y considerando además lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud de México en su capítulo segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad así como la protección de sus derechos y bienestar tal como lo señala el Artículo 13, se consideró a esta investigación con riesgo mínimo con base en el Artículo 17 del mencionado Reglamento debido a sólo se aplicará la Escala de Bienestar Espiritual, el instrumento D39 y el instrumento de variables sociodemográficas.

De igual manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, explicitando su capacidad para participar en el proyecto libremente y sin coacción alguna (Artículo 20), los objetivos de la investigación, los procedimientos ya señalados previamente, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación e información actualizada obtenida de la misma, retirar su consentimiento en cualquier momento sin que existan modificaciones en la atención que recibe en la unidad de salud, la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán de los cuestionarios, los cuales se mantendrán en absoluta privacidad (Artículo 21); el investigador también respetará lo establecido en el Artículo 22 al elaborar el consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la Comisión de Ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital General "Dr. Miguel Silva de la Secretaría de Salud de Michoacán, indicando los nombres y direcciones de dos testigos, incluyendo su firma así como la del participante o, en caso de que no supiere firmar, imprimir la huella digital firmando a su nombre otra persona designada por él. Se garantizará también que el consentimiento informado no se solicitará hasta en tanto el proyecto de investigación no sea aprobado por los Comités de Investigación y Ética (Artículo

99 fracciones I y III y Artículos 109 y 111) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Así mismo, el investigador respetará lo señalado en el Capítulo V en los Artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes considerados cautivos por recibir atención en el área de hospitalización, por lo que se garantizará que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio y el investigador se responsabilizará de observar las reacciones presentadas por el participante posterior a la aplicación de los cuestionarios, a fin de identificar síntomas de tristeza, ansiedad o preocupación que requieran intervención en crisis, para lo cual se solicitará apoyo a los Departamentos o servicios de psicología de las unidades de salud ya mencionadas; en caso de que las instituciones no acepten, la investigadora principal se compromete a recibir capacitación para realizar intervención en crisis, a fin de garantizar en todo momento el bienestar de los participantes, aunque entregará un informe por escrito a las autoridades de los participantes que a su juicio requieran atención psicológica.

Igualmente el investigador respetará lo establecido en los Artículos 113, 114 y 116 del Título Sexto relativos a la ejecución de la investigación garantizando que la conducción del proceso de investigación será efectuada por un equipo de trabajo que posee la experiencia y conocen los principios éticos que guían la investigación, a fin de cumplir con las fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII. Se considerará también lo señalado en los Artículos 117, 118, 119 y 120 que incluye la selección de los investigadores asociados y el personal técnico y de apoyo que acrediten su capacitación en ética; así como la elaboración, publicación y difusión de informes del estudio y hallazgos finales garantizando que quienes colaboren en todo el proceso de investigación respetarán la confidencialidad de los participantes durante la recolecta, captura, análisis y resguardo de los datos obtenidos mediante el empleo de folios para identificarlos, los cuales serán conservados en el cubículo del investigador, a fin de corroborar su seguridad. Consentimiento informado. (Apéndice A).

Capítulo IV

Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la investigación. Se inicia con las características sociodemográficas y a continuación se describen los resultados de cada variable de estudio.

Características sociodemográficas y antecedentes médicos

Tabla 1.

Edad de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	62.11	64	70	33	88

Nota: $n=150$

En la tabla 1 se observa que la media de los participantes fue de 62.11 años, con rangos de 33 a 88 años.

Tabla 2.

Género de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Género	F	%
Femenino	106	70.7
Masculino	44	29.3
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

En la tabla 2 se observa que el 71% de los participantes fue de género femenino.

Tabla 3.

Escolaridad de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Escolaridad	4.12	3.50	6	0	15

Nota: $n=150$

En la tabla 3 se observa que la media de escolaridad de los participantes fue de 4.12 años, con rangos de 0 a 15 años.

Tabla 4.

Estado civil de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Estado civil	f	%
Casado	115	76.7
Soltero	4	2.7
Viudo	30	20
Unión libre	1	0.7
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 4 muestra que el 76.7% de los participantes presentaron estado civil casado.

Tabla 5.

Ocupación de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Ocupación	<i>f</i>	%
Hogar	98	65.3
Comercio	13	8.7
Jornalero	21	14
Profesional	2	1.3
Pensionado/jubilado	16	10.7
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 5 muestra que el 65.3% de los participantes se dedican al hogar.

Tabla 6.

Con quién viven los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Con quién vive	<i>f</i>	%
Esposo (a)	111	74
Hijos	21	14
Padre/madre	2	1.3
Solo (a)	11	7.3
Otro	5	3.3
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 6 muestra que el 74% de los participantes vive con su esposo (a).

Tabla 7.

Tiempo de diagnóstico de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Tiempo de diagnóstico	10.94	10	1	1	36

Nota: $n=150$

En la tabla 7 se observa que la media del tiempo de diagnóstico de los participantes fue de 10.94 años, con rangos de 1 a 36 años.

Tabla 8.

Tratamiento para el control de la diabetes de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán, 2016.

Tratamiento para el control de la diabetes	f	%
Dieta	33	22
Insulina	17	11.3
Ejercicio	4	2.7
Automonitorización de la glucosa	5	3.3
Ninguno	91	60.7
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 8 muestra que el 22% de los participantes utilizan dieta para el control de la diabetes.

Tabla 9.

Tratamiento farmacológico de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Tratamiento farmacológico	f	%
Hipoglucemiante oral	143	95.3
Insulina	7	4.7
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

En la tabla 9 se observa que el 95% de los participantes utilizan hipoglucemiante oral de tratamiento farmacológico.

Tabla 10.

Otra patología de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Otra patología	f	%
Hipertensión arterial	81	54
IRC	1	.7
Retinopatía diabética	17	11.3
Enfermedad del corazón	5	3.3
Ninguna	46	30.7
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 10 muestra que el 54% de los participantes padece hipertensión arterial y el 31% refiere no tener ninguna otra patología.

Tabla 11.

Religión de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Religión	f	%
Católico	145	96.7
Otra religión	5	3.3
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 11 muestra que el 96.7% de los participantes son católicos.

Tabla 12.

Somatometría de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Peso	70.34	69.65	74	40	126
Talla	1.56	1.55	1.50	1.39	1.84
IMC	28.90	28.64	34.19	20.27	50.61

Nota: $n=150$

En la tabla 12 se observa que la media del peso de los participantes fue de 70.34 kg, con rangos de 40 a 126 kg. La media de la talla fue de 1.56 m, con rangos de 1.39 a 1.84 y la media del IMC fue de 28.90 con rangos de 20.27 a 50.61.

Tabla 13.

Tensión arterial de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Sistólica	134.63	131.50	130	87	221
Diastólica	78.83	79	70	44	115

Nota: $n=150$

En la tabla 13 se observa que la media de la tensión arterial sistólica de los participantes fue de 134.63 mm/Hg, con rangos de 87 a 221 mm/Hg, en tanto que en la presión arterial diastólica se encontró una media de 78.83 mm/Hg, con rangos de 44 a 115 mm/Hg.

Tabla 14.

Participación en grupos de apoyo para el control de la diabetes de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Participación en grupos de apoyo	<i>f</i>	%
DiabetIMSS	5	3
Grupos de apoyo mutuo (GAM)	5	3
Otro	6	4
Ninguno	134	90
Total	150	100

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

La tabla 14 muestra que el 90% de los participantes no participan en ningún grupo de apoyo para la diabetes.

Tabla 15.

Salario de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Salario	<i>f</i>	%
Menos de \$3,000	122	81.3
De \$3,000 a \$4,999	9	6
No sabe	19	12.7
Total	150	100

Nota: *n*=150, *f*=frecuencia, %=proporción

La tabla 15 muestra que el 81.3% de los participantes tienen un salario menos de \$3,000.

Tabla 16.

Práctica de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Práctica espiritual	<i>F</i>	%
Rezar		
Sí	127	84.7
No	23	15.3
Hacer mandas		
Sí	23	15.3
No	127	84.7
Prender veladoras		
Sí	68	45.3
No	82	54.7
Ir a misa		
Sí	125	83.3
No	25	16.7
Otra		
Sí	7	4.7
No	143	95.3

Nota: *n*=150, *f*=frecuencia, %=proporción

En la tabla 16 se observa que la mayoría de los participantes tienen como práctica espiritual rezar e ir a misa (84.7%-83.3%).

El primer objetivo de la investigación fue identificar la prevalencia del bienestar espiritual en la escala total y en las dimensiones religioso y existencial, para lo cual se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Tabla 17

Prevalencia de bienestar espiritual, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Bienestar espiritual	<i>f</i>	%
Bajo	4	2.7
Moderado	12	8.0
Alto	134	89.3

Nota: *n*=150, *f*=frecuencia, %=proporción

La tabla 17 muestra que el 89.3% de los participantes presentó bienestar espiritual alto para la escala total.

Tabla 18

Prevalencia de bienestar espiritual por dimensiones, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Dimensiones	<i>f</i>	%
Religioso		
Bajo	4	2.7
Moderado	7	4.7
Alto	139	92.7
Existencial		
Bajo	3	2.0
Moderado	52	34.7
Alto	95	63.3

Nota: *n*=150, *f*=frecuencia, %=proporción

En la tabla 18 se observa que el 92.7% de los participantes obtuvo bienestar espiritual religioso alto y el 63.3% presentó bienestar espiritual existencial alto.

Para identificar el bienestar espiritual por género, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, los resultados se pueden observar en las tablas 19, 20 y 21.

Tabla 19

Prueba de U de Mann-Whitney para el bienestar espiritual por género, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Género	Bienestar espiritual			U	Valor de p
	X	Mdn	DE		
Femenino	106.37	110	13.09	1807.5	.028
Masculino	102.75	106	17.02		

Nota: $n=150$, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Los resultados de la tabla 19 indican diferencia significativa por género en la variable bienestar espiritual ($U=1807.5$; $p<.05$).

Tabla 20

Prueba de U de Mann-Whitney para el bienestar espiritual religioso por género, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Género	Bienestar espiritual religioso			U	Valor de p
	X	Mdn	DE		
Femenino	57.81	60	7.54	1743.00	.003
Masculino	54.95	60	10.82		

Nota: $n=150$, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Los resultados de la tabla 20 indican diferencia significativa por género en la variable bienestar espiritual religioso ($U=1743.00$; $p<.05$).

Tabla 21

Prueba de U de Mann-Whitney para el bienestar espiritual existencial por género, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Género	Bienestar espiritual existencial			U	Valor de p
	X	Mdn	DE		
Femenino	48.56	50	6.41	2092.00	.313
Masculino	47.80	50	7.12		

Nota: $n=150$, X = Media, Mdn=Mediana, DE =Desviación estándar, U = estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Los resultados de la tabla 21 indican que no existe diferencia significativa por género en la variable bienestar espiritual existencial ($U=2092.00$; $p>.05$).

El segundo objetivo planteado requería identificar el control metabólico de los participantes y se utilizaron frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que el 64% presentó cifras de glucosa capilar fuera de la norma, con media de 179.23 ($DE= 83.91$) y rangos entre 56-425. En relación con el colesterol, el 52% presentó cifras normales, con media de 202.59 ($DE=47.75$) y rangos de 70-360. Al analizar los datos de triglicéridos, el 86.7% estaban fuera de lo normal, con media de 267.57 ($DE=116.66$) y rangos de 74-594 como se observa en la tabla 22.

Tabla 22

Control metabólico de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Control metabólico	Valor mínimo	Valor máximo	X	Mdn	DE
Glucosa	56	425	179.23	159.50	83.91
Colesterol	70	360	202.59	195.50	83.91
Triglicéridos	74	594	267.57	246	116.66

Nota: X =Media, Mdn=Mediana, DE =Desviación estándar

Tabla 23

Control metabólico de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016

Control metabólico		<i>f</i>	%
Glucosa			
	En control	54	36
	Sin control	96	64
Colesterol			
	En control	78	52
	Sin control	72	48
Triglicéridos			
	En control	20	13.3
	Sin control	130	86.7
Control metabólico			
	Sí	8	5.3
	No	142	94.7

Nota: $n=150$, f =frecuencia, %=proporción

En la tabla 23 se observa que el 64% de los participantes no tuvo control de la glucosa, el 52% tuvo control del colesterol y el 86.7% no tuvo control de los triglicéridos.

Por lo tanto, se consideró que existe control metabólico cuando los participantes registraron cifras normales en glucosa, colesterol y triglicéridos, lo que ubica al 5.3% de la muestra.

A fin de dar respuesta al objetivo tres, describir la calidad de vida de las personas con diabetes, se procedió a realizar la estandarización de la puntuación transformando cada puntuación de las cinco categorías a una escala de 0 a 100% donde a menor puntaje mejor calidad de vida. Para lo que se utilizaron medidas de tendencia central

Se encontró que la dimensión más afectada fue energía/movilidad ($X=41.98$, $DE=12.619$), seguida de control de la diabetes ($X=33.22$, $Mdn=32$), y la

menos afectada fue la dimensión funcionamiento sexual ($X=6.89$, $Mdn=7$) como se aprecia en la tabla 24.

Tabla 24

Calidad de vida de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Dimensiones	Valor mínimo	Valor máximo	X	Mdn	DE
Energía/movilidad	17	83	41.98	41	12.61
Control de diabetes	14	62	33.22	32	9.89
Ansiedad/preocupación	4	24	12.65	13	4.15
Carga Social	5	29	12.49	12	4.69
Funcionamiento Sexual	3	20	6.89	7	3.09

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar

El objetivo cuatro buscaba la relación del bienestar espiritual y el control metabólico, por lo que se aplicó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman y no se encontró relación significativa ($p=>.05$).

El objetivo cinco buscó determinar la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida y se utilizó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman. Los resultados mostraron que existe diferencia significativa en el bienestar espiritual religioso y la dimensión de calidad de vida control de la diabetes ($r_s=.165$; $p<.05$) y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida funcionamiento sexual ($r_s =.168$; $p<.05$).

Discusión

En este apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos. Se inicia con las variables sociodemográficas haciendo una diferencia para cada una de las variables de estudio. Es así que se presenta el análisis para la variable edad en relación con la variable bienestar espiritual, después con las variables control metabólico y al final con calidad de vida. Posteriormente se presenta el análisis de las variables de estudio bienestar espiritual, control metabólico y calidad de vida.

La media de edad de los participantes de este estudio (62.11) para la variable bienestar espiritual, fue diferente a los resultados de otros estudios, ya que Reig y colaboradores (2012) encontraron una media de edad mayor, en tanto que Payán y colaboradores (2011) reportaron una media de edad menor. Para la variable control metabólico se destaca que la edad fue semejante a lo reportado en otras investigaciones (Ariza y colaboradores, 2005; Pérez y colaboradores, 2011; Ayala, Acosta y Zapata, 2013; Osuna y colaboradores, 2014), aunque fue mayor a lo encontrado por Álvarez, Ávalos, Morales y Córdova (2014). En el caso de la variable calidad de vida se observó que la media de edad de este estudio fue menor a lo obtenido por Urzúa y colaboradores (2011), López y colaboradores (2013) y Bautista y Zambrano (2015), aunque fue mayor a lo encontrado por Molina y colaboradores (2013) y Chaverri y Fallas (2015).

Respecto a la edad en la prevalencia de diabetes, en todos los casos los datos hubo semejanza con lo reportado para México, debido a que la prevalencia fue mayor en los grupos de mayor edad, porque ha habido un incremento del 50% en el grupo de 40-49 años de edad en las últimas mediciones del ENSANUT (Jiménez y colaboradores, 2013) y coincide con el reporte de ENSANUT 2012, quien encontró que el mayor porcentaje de personas diagnosticadas con diabetes fue de 60-69 años.

Respecto al género en la variable bienestar espiritual en esta investigación la mayor prevalencia fue en el género femenino, coincidiendo con Payán y colaboradores (2011) y Rivas y colaboradores (2013) y contrario a lo reportado por

Reig y colaboradores (2012). La prevalencia de género femenino observado en este estudio para la variable control metabólico fue mayoría, similar a lo encontrado en otras investigaciones (Ariza y colaboradores, 2005; Osuna y colaboradores, 2014; Álvarez, Ávalos, Morales y Córdova 2014), aunque diferente a lo reportado por Pérez y colaboradores (2011) y Ayala y colaboradores (2013), donde la mayor prevalencia fue el género masculino. En el caso de la variable calidad de vida se observó que la mayoría de los participantes de este estudio fueron de género femenino, similar a los resultados de Urzúa y colaboradores (2011), Molina y colaboradores (2013), López y colaboradores (2013), Bautista y Zambrano (2015) y Chaverri y Fallas (2015).

En relación con la escolaridad, para la variable bienestar espiritual en este estudio, se obtuvo una media de 4.12 años de escolaridad que corresponde a primaria no finalizada, aunque no se encontraron datos de esta variable en los estudios consultados. Respecto a la variable control metabólico se encontró que la media de escolaridad de los participantes de esta investigación fue semejante a lo reportado por Osuna y colaboradores (2014) donde el nivel de educación predominante de los participantes fue primaria. Sin embargo en lo reportado por Ariza y colaboradores (2005) fue diferente a lo encontrado en esta investigación. En el caso de la variable calidad de vida en esta investigación se encontró que la media de escolaridad de los participantes fue parecida a lo encontrado por López y colaboradores (2013) en su investigación en la cual el nivel de educación sobresaliente de los participantes fue primaria incompleta. En tanto que Bautista y Zambrano (2015) reportaron una media de escolaridad diferente a lo encontrado en esta investigación.

Respecto al estado civil en esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes presentaron un estado civil casado (76.7%). En cuanto para la variable bienestar espiritual se destaca que el estado civil fue semejante a lo reportado en otras investigaciones ya que Payán y colaboradores (2011) y Rivas y colaboradores (2013), reportaron en su investigación una prevalencia de estado civil casado. En cuanto a la variable calidad de vida de esta investigación se

percibió una prevalencia de estado civil casado la cual fue similar a lo reportado por Molina y colaboradores (2013) y Bautista y Zambrano (2015).

En el que se refiere a la variable ocupación en esta investigación se destaca que la mayoría de los participantes se dedican al hogar (65.3%), en cuanto a la variable bienestar espiritual lo encontrado se asemeja a lo reportado en otro estudio Rivas y colaboradores (2013), donde la prevalencia obtenida fue que los participantes se dedican al hogar. En el caso de la variable control metabólico en esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes se dedica al hogar, lo encontrado fue igual a lo reportado por Álvarez y colaboradores (2014) en su investigación en la cual la ocupación sobresaliente de los participantes fue que se dedican al hogar.

En relación al nivel de bienestar espiritual la mayoría de los participantes presentaron bienestar espiritual alto en la escala total y en las dimensiones religiosa y existencial, lo que coincide con los resultados de Zavala, Vázquez y Whetsell (2006) obtenidos en población con diabetes y con los encontrados por Jasso, Pozos, Olvera y Cadena (2014) en personas con cardiopatía, lo que apoya la evidencia de que las personas con condiciones crónicas acuden a la espiritualidad como apoyo, debido a que les proporciona fortaleza para vivir con las complicaciones de una enfermedad como la diabetes.

Al identificar el bienestar espiritual por género se encontró diferencia significativa en la escala total en la dimensión religiosa, coincidiendo con Jasso y colaboradores (2014) quienes encontraron que la espiritualidad en el componente religioso fue mayor en las mujeres, datos que confirman que se incrementa el sentido de vida de las personas al ser diagnosticadas con una enfermedad crónica y se ha demostrado la existencia de un vínculo entre el bienestar espiritual y la mejoría en la salud (Holt-Lunstad, Steffen, Sandberg y Jensen, 2011).

Respecto al control metabólico, la mayoría de los sujetos se encontró fuera de las metas de control metabólico considerando el registro de cifras en glucosa, colesterol y triglicéridos, coincidiendo con otros reportes (Osuna y colaboradores, 2014; ENSANUT, 2012), situación que debe ser considerada por enfermería

debido a que el descontrol glucémico se asocia a mayores complicaciones micro y macrovasculares (ADA, 2016).

En cuanto a la calidad de vida, el instrumento D39 permite identificar la afectación provocada por la enfermedad en varias dimensiones de la persona, y en este estudio la dimensión más afectada fue energía/movilidad seguida de control de la diabetes, semejante a lo informado por Chaverri y Fallas (2015) pero difiere con lo reportado por Bautista y Zambrano (2015), quienes encontraron mayor afectación en la dimensión impacto en el tratamiento, mientras que otros estudios han encontrado que la calidad de vida es peor en los pacientes con descontrol metabólico (Molina y colaboradores, 2013).

No se encontró diferencia significativa en la relación del bienestar espiritual y el control metabólico, contrario a lo señalado por Newlin y colaboradores (2008), quienes encontraron en mujeres afroamericanas relación significativa de la religión y la espiritualidad con el control glucémico y sugieren que estas variables se incluyan en el cuidado de las personas con diabetes para mejorar su control glucémico.

Por otra parte, se encontró diferencia significativa en el bienestar espiritual religioso y la dimensión de calidad de vida control de la diabetes y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida funcionamiento sexual, corroborado por Luengo y Mendonça (2014), quienes afirman que la espiritualidad en las mujeres con diabetes está vinculada a aspectos religiosos que les lleva a aferrarse a ser capaces de vivir con la enfermedad y de esa manera mejorar su vida de vida.

Es así que los resultados respecto a bienestar espiritual muestran que las personas con diabetes se encuentran con bienestar en las dimensiones religiosa y existencial, que implica que la persona mantiene un propósito en la vida a pesar de su enfermedad que le permite mantener fe en sí misma y en un Ser Superior que da sentido de un estado general de salud espiritual (Paloutzian, 2002; Paloutzian y Park, 2005). No obstante, aún no existe evidencia empírica suficiente

que apoye la relación del bienestar espiritual con variables como el control metabólico (Newlin y colaboradores, 2008).

De igual manera, existe afectación en la calidad de vida de la persona en la dimensión energía/movilidad debido a complicaciones de la enfermedad como pie diabético, amputación o dolor crónico por la neuropatía (Polonsky, 2000). Sin embargo, la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida se encontró en la dimensión religiosa y control de la diabetes, que puede ser explicada por la potencialización del espacio institucional de lo sagrado/divino de la religión dado por un Ser Superior (Rivera y Montero, 2005) que le permite a la persona no sólo compartir la aceptación de la enfermedad sino trascender en su relación con el Dios a quien se entrega totalmente (Paloutzian, 2002; Paloutzian y Park, 2005) para compartir la carga del padecimiento.

Conclusiones

El objetivo fundamental de esta tesis fue analizar el bienestar espiritual relacionado a control metabólico y calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Zinapécuaro, Michoacán. Se encontró que la población estudiada presentó bienestar espiritual alto en la escala total, así como en las dimensiones religiosa y existencial.

En cuanto al control metabólico la población presentó un buen control metabólico de colesterol, observando cifras normales en más de la mitad de los participantes; respecto a la glucosa y triglicéridos, se encontró que no tienen un buen control metabólico.

De igual manera, existe afectación en la calidad de vida de la persona en la dimensión energía/movilidad debido a que los que los participantes refirieron dolor en las articulaciones y cansancio al momento de realizar actividad física, esto respecto al peso o la edad en algunos participantes que les impide la realización de actividad física. Otra dimensión afectada fue control de la diabetes ya que la mayoría de los participantes no llevan una dieta ni un estilo de vida adecuado para obtener un buen control de la glucosa. Los pacientes refirieron que a veces existe la motivación e intención de parte de ellos de llevar una dieta o un buen estilo de vida, pero la situación económica no da para más y se adaptan a lo poco o mucho que se tenga en el momento.

Algo sorprendente que referían algunos pacientes es que muchos de ellos no toman el tratamiento indicado por su médico, ya que al momento de ser diagnosticados ponen en manos de Dios su enfermedad y no se cuidan en cuanto a la alimentación.

Sugerencias

Para personal de enfermería se sugiere establecer y llevar acabo las acciones del programa diabetIMSS mediante el cual se otorgue atención multidisciplinaria a las personas con diabetes y al realizar la somatometría (peso, talla e índice de masa corporal [IMC]) de cada uno de los pacientes que acuden a consulta con el médico familiar o al servicio de urgencias se les realicen todas las acciones preventivas que establece la Cartilla Nacional de Salud.

Varias actividades se pueden desarrollar, entre ellas: al obtener el IMC de cada paciente, identificar si la persona tiene sobrepeso o se encuentra con algún grado de obesidad y en ese caso, explicarle los riesgos de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa; realizar en cada uno de los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar, acciones preventivas tales como la toma de tensión arterial, toma de glucosa y colesterol y orientar al paciente de acuerdo a los estados obtenidos; dar orientación en cuanto a la importancia del plato del buen comer y de la actividad física para mejorar su calidad de vida.

También es importante que el personal de enfermería les dé el uso adecuado a las cartillas “Estilo de vida activo y saludable, cartera de alimentación correcta y actividad física”, las cuales contienen temas de gran importancia como alimentación correcta, las dietas a realizar para cada día de la semana, información básica para que la paciente realice su programa de actividad física correctamente para cada semana del mes y le indica el tipo de ejercicios a realizar; por eso se debe entregar una cartilla por paciente y dar orientación sobre su uso.

También se debe hacer consiente a la enfermera de llevar un registro y el seguimiento de cada uno de los pacientes que se les entregue la cartilla “Estilo de vida activo y saludable, cartera de alimentación correcta y actividad física”, citándolos cada mes para realizarles nuevamente somatometría así como medidas preventivas con el fin de disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa, o si la enfermedad ya está presente tener un excelente control de la enfermedad evitando así complicaciones de la misma.

El trabajo de enfermería es fundamental porque puede informar y educar mediante sesiones educativas de temas de gran importancia para su salud con temas como: ¿Qué es la insuficiencia renal?, el cuidado del pie diabético, complicaciones de la diabetes, entre otros para mejorar su estilo de vida.

A la unidad de medicina familiar le sugiero invitar a los pacientes que padecen y a los que no padecen diabetes e hipertensión arterial, se incorporen a los grupos de apoyo para la prevención y control de las enfermedades crónicas degenerativas.

A los pasantes de enfermería además de participar y llevar a cabo las actividades de la enfermera encargada del servicio les sugiero que tomen toda la iniciativa, en todas y cada una de las actividades de enfermería aunado en la participación de cada una de las actividades de prevención y promoción de la salud; también será importante que identifique las enfermedades crónicas degenerativas con mayor prevalencia en la comunidad para buscar y realizar acciones para mejorar la calidad de vida y darles un seguimiento continuo a los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa.

Algunas intervenciones educativas de enfermería que pueden ayudar a estos pacientes son: la elaboración de carteles informativos de temas de gran importancia para la salud y la elaboración de maquetas representativas para una mejor explicación hacia los pacientes y mayor entendimiento sobre las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones.

Referencias bibliográficas

- Álvarez. C., Avalos M.I., Morales, M.H., y Cordova, J.A. (2014). Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF. No. 39 IMSS, Centro, Tabasco. *Revista Horizonte Sanitario*. 13(2).
- American Diabetes Association. (2015). Standars of medical care in diabetes 2016. *Diabetes Care*. 39(1). 1-119.
- Ariza, E., Camacho, N., Londoño. E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., y Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Salud Uninorte*. 21. 28-40.
- Ayala, Y., Acosta, M., y Zapata L. (2013). Control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista. Soc Peru Med Interna*. 26(2). 67.
- Bautista, L.M., y Zambrano, G.E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Investig Enferm. Imagen Desarr*. 17(1). 131-148.
- Bufford, R., Paloutzian, R., y Ellison, C. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Revista Journal of Psychology and Theology*. 19(1). 56-70.
- Chaverri, J., y Fallas, J. (2015). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*. 614. 217 – 224.
- Ellison, C.W. (1983). “Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement”. *Revista Journal of Psychology and Theology*. 11. 330.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Resultados nacionales 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *Atlas de la Diabetes Atlas, 6ª edición*. Recuperado de http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
- Genia., V. (2016). Evaluation of the Spiritual Well-Being Scale in a Sample of College Students. *Revista the international journal for the psychology of religion*. 11(1), 25–33.
- [Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. \(2014\). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.](#)
- Holt-Lunstad, J., Steffen, P. R., Sandberg, J., y Jensen, B. (211). Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *J. Behav Med.* 34. 477-488.
- Jasso., M. E., Pozos., M. G., Olvera., S.S., y Cadena., J. C. (2014). Análisis del bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 22(3). 98-105.
- Jiménez, A., Aguilar, C., Rojas, R., y Hernández, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Revista Salud Pública de México*. 55.
- López, L.F., Cifuentes, M., y Sánchez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con *diabetes mellitus tipo 2*, en un hospital de mediana complejidad en Cali 2013. *Revista Ciencia & Salud*. 2(8). 43-48.
- López, R., Yanes R., Suarez, P.R., Avello, Raidel., Gutiérrez. M., y Alvarado, R.M. (2016). Modelo estadístico predictivo para el padecimiento de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Medisur* 14(1).
- Luengo, C., y Mendonca, A. (2014). Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con diabetes. *Revista bioét.* 22(2), 382-389.
- Molina, A., Acevedo, O., Yáñez, M.E., Dávila, R., y Gonzáles, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida

asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista Esp Méd Quir.* 18. 13-18.

Newlin, K., Melkus G.D., Tappen, R., Chyun, D., y Koenig, H.G. (2008). Relationship of religion and spirituality to glicemic cotrol in black women with type 2 diabetes. *Nursing Research.* 57(5). 331-339.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Nota descriptiva No. 312. Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Ortiz, M., y Myers, H. (2014). Control metabólico en pacientes diabéticos tipo 1 chilenos: rol del estrés psicológico. *Revista Med Chile.*142. 451-457.

Osuna, M., Rivera. M.C., Bocanegra, C.D.J., Lancheros, A., Tovar, H., Hernández, J.I., y Alba, M. (2014). Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. *Revista Acta Médica Colombiana.* 39(4).

Paloutzian, R. F., y Park, C. L. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality.*

Paloutzian, R. (2002). Scale in nursing research. *Journal of Christian nursing.* 19(3). 16-19.

Payán, E.C., Vinaccia, E., Quiceno y J.M. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Revista Acta Colombiana de Psicología,* 14(2), 79-89.

Pérez, A., Franch, J., Cases, A., Gonzalez, J.R., Conthe, P., Gimeno, Eva., y Matali, A. (2012). Relación del grado de control glucémico con las características de la diabetes y el tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Revista Med Clin (Barc).* 138(12). 505–511.

Polonsky, WH. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum.* 13. 1-36.

Reig, A., Arenas, M.D., Ferrer, R., Fernández, M.D., Albaladejo, N., y Gil, M.T. (2012). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Revista de Nefrología*. 32(6), 42-731.

Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basada en la Evidencia*. Recuperado de https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013

Rivas, A., Romero, A., Vásquez, M., y Canova, C. (2013). Bienestar espiritual de adultos mayores enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*. 10(1). 17-26.

Rivera, A., López, L., y Montero, M. (2005). Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores Mexicanos. *Revista Salud Mental*. 28(6). 51-58.

Rivera, A., y Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Revista Salud mental*. 28(6). 51-58.

Ruiz, M. D. J., y Reynaga L. (2013). Sufrimiento espiritual y su asociación con control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis de Doctorado). Universidad de Guanajuato, Guanajuato.

Sánchez, B. (2010). ¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica. En: Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. *Revista Avances en el cuidado de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 171-195.

Secretaría de Salud de México. (2012). Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo dos en adultos en el primer nivel de atención*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/093_GPC_Diabmellitus2/SSA_093_08_GRR.pdf

Secretaría de Salud de México. (2012). Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias*. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/233_GPC_Dislipidemias/GER_Dislipidemia.pdf

Segura, G., y Rodríguez, C. Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor. *Revista Misal*. 236.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012

Sierra, L., y Montalvo, A. (2012). Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. *Revista av.enferm.* XXX(1), 64-74.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Med Chile*. 138. 358-365.

Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*. 30(1). 61-71.

Urzúa, A., Chirino A., y Valladares, G. (2011). Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Revista Med Chile*. 139. 313-320.

Yam, A.V., Candila, J., y Gómez, P.I.S. (2010). Calidad de vida: adaptación de un instrumento para diabéticos. *Desarrollo Cientif Enferm*. 18(2). 75-80.

Zavala, M. D.R., Vázquez, O., y Whetsell, M.V. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*. 6(1). 8-21.

Anexos

Apéndice A Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE

HIDALGO



FACULTAD ENFERMERÍA

Bienestar espiritual relacionado al control metabólico y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2

Explicación del proyecto. Éste es un proyecto de investigación que realizará el pasante de la Licenciatura en Enfermería Ma. Del Carmen Ayala Ferreira como parte de los estudios que lleva a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Para que Usted pueda decidir si decide participar en este proyecto necesita que se le dé información sobre el propósito del estudio, los beneficios para su salud, cuáles son los riesgos que existen por participar y lo que solicitaremos que haga si acepta participar. Todo este proceso se llama “consentimiento informado” y es el siguiente formulario en el que se le explicará toda la información sobre el estudio para que usted pueda, después de leerlo y comentarlo con algún familiar si así lo desea, decidir libremente y sin presiones si acepta participar. Si usted y su familiar aceptan, se le pedirá que firme esta hoja y se le entregará una copia para que Usted la conserve. Si Usted nos dice que desea un día o dos para decidir, regresaremos después para conocer su decisión.

Propósito del estudio. Como enfermeros, estamos interesados en conocer el bienestar espiritual relacionado al control metabólico y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que permita que Licenciados en enfermería y pasantes de enfermería le hagan los siguientes procedimientos cuando usted considere que se siente bien y que las enfermeras o los médicos de la unidad de medicina familiar no le estén haciendo algún procedimiento:

- Cuestionario. Le harán una serie de preguntas que tienen que ver con su enfermedad y cómo su enfermedad le ha afectado en su vida diaria y en su vida espiritual. Para contestar estos cuestionarios necesitamos que Usted nos dedique 30-45 min.
- Para saber cómo está su azúcar, colesterol y triglicéridos le daremos un piquete en su dedo con una lanceta y le daremos a conocer el resultado. Este procedimiento tiene un riesgo mínimo para usted y es el mismo que le hacen cada vez que acude a sus citas de control y será realizado por una pasante de enfermería con experiencia en la técnica.

Beneficios potenciales. Los beneficios que Usted obtendrá con los procedimientos que se le realizarán son los siguientes:

- Cuestionarios. Con la información que nos dé, Usted podrá saber si tiene bienestar espiritual y cómo la enfermedad le ha afectado a su vida diaria. También le informaremos cómo está su azúcar, colesterol y triglicéridos.

Costo por participar. Si Usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron

anteriormente. Los resultados finales se darán a conocer en revistas exclusivas de salud pero su nombre no será mencionado. Toda la información que Usted nos proporcione será guardada en un armario con llave y sólo podrán abrirlo la investigadora y los colaboradores autorizados.

Retractación. Como este proyecto en el que Usted participará es totalmente independiente del tratamiento que esté recibiendo en su hospital, Usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida sin que afecte la atención que le brinden por su enfermedad. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Preguntas. Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con Ma. Del Carmen Ayala Ferreira responsable del estudio a los siguientes teléfonos:

01 4433016341 o al correo electrónico mari161992@hotmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si Usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que aunque haya firmado este documento, Usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Nombre y Firma del participante*

Fecha

Nombre y Firma del Testigo 1

Fecha

Nombre y Firma del Testigo 2

Fecha

*Si el participante no sabe firmar pondrá su huella digital.

Apéndice B Instrumento de colecta de datos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO



FACULTAD ENFERMERÍA

Proyecto de Investigación: Bienestar espiritual relacionado al control metabólico y la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con diabetes tipo 2

Folio_____

Fecha ____ ____ ____

Día Mes Año

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas que le haré. Recuerde que sólo el grupo de investigadores los leerá, ni siquiera las enfermeras y doctores que le atienden en este hospital o centro de salud podrán ver lo que Usted responda.

Parte I Control metabólico

Glucosa _____

Colesterol _____

Triglicéridos _____

Peso _____

Talla _____

IMC _____

Parte II

Datos sociodemográficos 1

Variables sociodemográficas											
1. Fecha de nacimiento:		Día	Mes	Año	2. Género		Femenino				
							Masculino				
3. Escolaridad (Circule el código del nivel)	Escolaridad			4. Estado civil	Unión libre			5. Con quién vive	Esposo (a)		
	No sabe/No contestó				Separado				Pareja		
	Ninguno				Divorciado				Padre/madre		
	Primaria				Viudo				Padre y madre		
	Secundaria				Casado				Hijos		
	Carrera técnica con secundaria terminada				Soltero				Sobrinos		
	Normal básica								Cuñados		
	Preparatoria o Bachillerato								Vecinos		
	Carrera técnica con preparatoria terminada								Solo (a)		
	Licenciatura o profesional										
Maestría o Doctorado											
6. Ocupación	Hogar			7. Comorbilidad	Síndrome coronario ateroscleroso (IAM, Angina de pecho)			9. Tratamiento para el control de la diabetes	Dieta		
	Empleado u obrero				Enfermedad vascular cerebral aterosclerosa				Medicamento	Pastillas	
	Jornalero o peón				Albuminuria o proteinuria					Insulina	
	Trabajador por su cuenta				IC o IR				Ejercicio		
	Patrón o empleador										
	Comercio										

	Profesional		Retinopatía diabética			Automonitorización de glucosa	
	Pensionado o Jubilado	8. Tiempo de diagnóstico	Fecha			Control de peso	
	Otro		Meses			Ninguno	
10. Complicaciones de la diabetes	Ocular (Retinopatía, glaucoma o edema papilar)	11. Religión	Católica	12. Práctica espiritual	Rezar		
	Neuropatía (Insuficiencia arterial de MI, lesión isquémica o neuropática de MI)		Evangélica		Hacer mandas		
	Pié diabético		Testigo de Jehová		Prender veladoras		
	Nefropatía		No tiene		Ir a misa		
	Cardiopatía isquémica del corazón o insuficiencia carotídea		Otro		Meditar		
	Hipoglicemia				Orar		
	Infecciones frecuentes				Otra		
13. Participación en grupos de apoyo para el control de la diabetes	Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)	14. Nivel socioeconómico	Menos de \$3,000				
			De \$3,000 a \$4,999				
			De \$5,000 a \$7,999				
			De \$8,000 a \$12,999				
			De \$13,000 a \$20,000				
			No responde				
			No sabe				

Parte III Bienestar espiritual

Instrucciones: En cada una de las oraciones, marque con un círculo la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal.

CA = Completamente de acuerdo

D = En desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo

MD = Moderadamente en desacuerdo








A = De acuerdo

CD = Completamente en desacuerdo

No.	Preguntas	CA	MA	A	D	MD	CD
1	No encuentro mucha satisfacción al orar en privado						
2	No sé quien soy, de dónde vine o a dónde voy						
3	Creo que Dios me ama y creo que sí le importo						
4	Creo que la vida es una experiencia positiva						
5	Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias						
6	Siento que mi futuro es incierto						
7	Tengo una relación personal significativa con Dios						
8	Me siento pleno y satisfecho con la vida						
9	No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios						
10	Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida						
11	Creo que a Dios le preocupan mis problemas						
12	No disfruto casi nada de la vida						
13	No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga						
14	Me siento bien con respecto a mi futuro						
15	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo						
16	Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad						
17	Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios						
18	La vida no tiene mucho significado						
19	Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar						
20	Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia						

Parte IV Calidad de vida relacionada a la salud

Instrucciones: Escriba una X dentro del rectángulo donde indique si el factor afecta su calidad de vida.

Este último mes, ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida?		 1	 2	 3	 4	 5	 6	 7
		No afectó para nada	Casi nada	Un poco	Regular	Mucho	Demasiado	Afectó tremendamente
1	El horario de tu medicina para la diabetes							
2	Preocupación sobre tu situación económica							
3	Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes							

4	Restricciones en la comida para el control de tu diabetes							
5	Preocupación por tu futuro							
6	Otros problemas de salud además de la diabetes							
7	Estrés o presiones en tu vida							
8	Sentirte débil							
9	Restricciones para caminar mucho							
10	Tener que hacer ejercicio							
11	Pérdida de la vista o visión borrosa							
12	No poder hacer lo que quieres							
13	Tener diabetes							
14	Aumento o disminución de tu azúcar							
15	Otras molestias además de la diabetes							
16	Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar							
17	El tiempo requerido para controlar tu diabetes							
18	Las limitaciones que la diabetes te impone con tu familia y amigos							
19	Estar avergonzado debido a tu diabetes							
20	La interferencia de la diabetes en tu vida sexual							
21	Sentirse triste o deprimido							
22	Problemas con tu funcionamiento sexual							
23	Tener tu diabetes bien controlada							
24	Complicaciones derivadas de tu diabetes							
25	Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen							
26	Llevar un registro de tus niveles de azúcar							
27	La necesidad de comer a cada rato							
28	No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa							
29	Disminución en el interés sexual							
30	Ajustar tu horario a la diabetes							
31	Necesidad de descansar frecuentemente							
32	Problemas físicos tales como subir escaleras							
33	Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño)							
34	Dormir sin descansar							

35	Caminar más despacio que los demás							
36	Estar etiquetado como diabético							
37	Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar							
38	Diabetes en general							
39	Este último mes, ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida?							

