



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Bienestar psicológico de las personas con diabetes tipo 2

TESIS

Para obtener el grado de

Licenciado en Enfermería

Presenta

PLE Jennifer Sánchez Sánchez

Asesora

Dr. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Morelia, Michoacán

Mayo 2018

Directivos

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

Secretaria Académica

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

DRA. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Asesora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coasesora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal 1

Dra. Georgina Hernández Mata

Vocal 2

Dedicatorias

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda humildad de mi corazón puede emanar, dedico mi trabajo primeramente a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi familia; mis padres: Joaquín Sánchez Valerio, Ma. Trinidad Sánchez Martínez por su apoyo en todo momento, por sus consejos, sus valores, con sus ejemplos de perseverancia, constancia y educación que los caracterizan y que me han infundido siempre y por el valor mostrado para salir adelante con sus motivaciones constantes que me permite ser una persona de bien así como a mis hermanos: Joaquín Sánchez Sánchez y Juan José Sánchez Sánchez por ser buenos ejemplos para mi vida y mi camino. A todos en general por darme el tiempo para realizarme profesionalmente. Este gran logro es gracias a ustedes, mis seres queridos.

Un agradecimiento sincero a mi asesora de tesis Dra. Ma. de Jesús Recéndiz su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para la formación de esta investigación.

Agradezco también al CAISES de Morelón Gto y a todo su personal por todas las facilidades otorgadas y a las personas con diabetes, porque sin ellas este trabajo no existiría.

Índice

Contenido

Introducción.....	7
I. Justificación.....	8
II Planteamiento del problema.....	15
III.Objetivos.....	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
IV. Hipótesis.....	17
V. Marco Teórico.....	18
5.1 Bienestar Psicológico.....	18
5.1.1 Concepto.....	18
5.1.3 Generalidades.....	21
5.1.4 Dimensiones.....	22
5.2 Diabetes tipo 2.....	24
5.2.1 Concepto.....	24
5.2.1 Clasificación.....	25
5.2.3 Signos y Síntomas.....	26
5.2.4 Diagnóstico.....	26
5.2.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico.....	27
5.2.6 Tratamiento Farmacológico.....	28
5.2.7 Complicaciones.....	30
VI Material y métodos.....	31
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	31
6.1.1 Límites de tiempo y espacio.....	31

6.1.2 Universo.....	31
6.1.3 Muestra.....	31
6.1.4 Variables.....	31
6.1.5 Criterios	32
6.1.6 Criterio de inclusión.	32
6.1.7 Criterios de exclusión.....	32
6.1.8 Criterios de eliminación.....	33
6.1.9 Operalización de variables.....	32
Variable independiente.	32
Variable dependiente.	32
6.2 Instrumentos.....	33
6.2.1 Prueba piloto.....	33
6.2.2 Procedimiento.....	33
6.2.3 Análisis estadístico	34
I. Resultados	35
II. Discusión.....	50
III. Conclusiones.....	57
IV. Sugerencias.....	58
VII. Consideraciones Éticas y Legales	61
VIII Resumen	63
IX Abstract.....	64
X. Referencias bibliográficas	65
XI. Anexos	68

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2, es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, hoy se sabe que se trata de un proceso complejo que incluye alteraciones del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado.

Esta enfermedad es considerada un problema de salud a nivel mundial. En México, la prevalencia oscila entre 20 y 22%, siendo considerada la principal muerte ligada a enfermedades cardiovasculares.

Debido que cada vez más personas padecen diabetes mellitus tipo 2 resulta necesario indagar sobre este fenómeno ya que se ha observado que las personas desconocen diferentes aspectos de la enfermedad.

Por eso, este estudio pretende identificar el bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2 a personas que acudan a CAISES de la Secretaría de Salud de Moroleón, Guanajuato

Este documento se estructuró en varios apartados. El primero aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

El segundo apartado se refiere al planteamiento del problema y a la pregunta de investigación, seguido de los objetivos e hipótesis en el apartado tres y cuatro.

El marco teórico se encuentra en el apartado cinco, donde se describen las variables de bienestar psicológico y diabetes mellitus tipo 2. En el apartado seis se encuentran el material y método del estudio, incluyendo tipo y diseño, universo, muestra, variables, criterios, instrumentos, procedimiento, diseño estadístico, recursos, difusión y consideraciones éticas y legales. Las referencias bibliográficas utilizadas en el protocolo se encuentran en el apartado siete.

I. Justificación

De acuerdo a información de la Federación Internacional de Diabetes ([FID] 2013), 382 millones de personas tienen diabetes y se espera que en 2035 la cifra aumente a 592 millones.

La proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%), de acuerdo a los datos de ENSANUT (2012) y actualmente es de 9.2%, lo que muestra un incremento en comparación con el año 2000, que fueron diagnosticados con diabetes en 2006 pasando de 5.8% a 7% (2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Los datos son tan alarmantes que se observa que la diabetes casi se ha duplicado desde 2014, ya que pasó de 4,7% al 8,5% en la población adulta.

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó que de los 6.4 millones de la población adulta que padece diabetes, el 9.2% tenía un diagnóstico previo, pero señala podría ser el doble por las personas que ignoran su condición de enfermedad (Secretaría de Salud, 2013).

En el Estado de Michoacán de Ocampo la diabetes se encuentra dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en el año 2010 de acuerdo a los datos reportados por la Secretaría de Salud y ocupa el 10º lugar en la morbilidad registrada en el año 2010 con una tasa del 3.82 y un total de 15, 042 casos (Diagnóstico de Salud Estatal, 2012).

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2013), la diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de América Latina, ya que de los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 26 millones (7%) residen en Latinoamérica.

De acuerdo a la información de Wild citado por la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes tipo 2 (Tratamiento de la diabetes en el primer nivel de atención, 2014), en el mundo existen 170 millones de personas afectadas por la diabetes mellitus, y se espera que esta cifra se duplique para el año 2030.

En el 2001, aproximadamente más de 170 millones de personas padecían la enfermedad y se proyectó que esta cantidad aumentaría al doble para el 2030.

La FID señala que la diabetes causó 5.1 millones de muertes en el 2013, en tanto que en México esta enfermedad es la primera causa de mortalidad y la que consume el mayor gasto público; de acuerdo con las últimas estimaciones nacionales, la prevalencia total en mayores de 20 años fue de 14,42 %. La forma más común de la diabetes es el tipo 2 y una situación muy frecuente que coexiste es la presencia de obesidad/sobrepeso cuya prevalencia ha aumentado dramáticamente alcanzando casi al 70 % en el 2006 (Programa Nacional de Salud 2007-2012, 2007).

En México, la principal causa de muerte en mujeres y hombres en 2005 fue la diabetes, reportando 36, 280 y 30, 879 defunciones respectivamente (16.3%-11.3%) de acuerdo a lo reportado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007).

Como se desprende de los datos anteriores, la diabetes es un problema que debe ser abordado por enfermería debido a que su impacto ante la sociedad ah sí sido de gran importancia en los últimos años. Por lo cual se debe de actuar a través orientar la alimentación, prevenir por medio de pláticas sobre la enfermedad y las complicaciones de la misma para que la población tenga conocimiento sobre la enfermedad. Los profesionales de esta disciplina cuentan con los conocimientos para trabajar con los usuarios desde el ámbito preventivo en el primer nivel de atención.

Este estudio es posible de realizarse ya que se tiene acceso a la población de estudio y los gastos generados en la investigación serán cubiertos en su totalidad por el responsable de la investigación.

Los reportes de investigación que se consideraron para este estudio involucraron los conceptos de DT2.

Gallardo y colaboradores realizaron en Cuba en el 2010 una investigación con el objetivo de identificar la percepción de riesgos de los pacientes con diabetes mellitus. Se entrevistó a una muestra de 2161 pacientes del municipio del Cerro y se aplicó una encuesta que exploró 14 situaciones de riesgos. Para el análisis estadístico se utilizó frecuencia absoluta y relativa y media. Los principales resultados fueron: 70%, con excepción de usar sandalias (29.6%) y aplicar bolsas de agua (61.1%). Existe un número importante de pacientes que desconocen algunos de los riesgos estudiados. Los pacientes sin antecedentes de pie diabético mostraron mejor percepción de riesgos para la mayoría de las situaciones.

Fernández y colaboradores realizaron en 2012 una investigación con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas. Los principales resultados fueron que en el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%).

Cruz y colaboradores realizaron en México en 2014 una investigación con el objetivo de analizar la categoría género como factor de riesgo de personas con dm2, considerando sus características personales, tomando para ello dos localidades de estudio en el Estado de México: Toluca y Tonicato. Se realizó un

estudio de diseño transversal que se realizó de enero a octubre de 2008 en Centros de Salud de Toluca y Tonatico, comunidades contrastantes entre sí en cuanto al fenómeno migratorio y al contexto urbano-rural. Toluca-urbano, como centro de atracción de empleo y Tonatico-rural como expulsora de mano de obra. La muestra fue no probabilística por conveniencia, se conformó con 239 personas (124 residentes de Toluca y 115 de Tonatico) que asistieron a los Centros de Salud de las localidades de estudio. Para la recolección de información se aplicó el cuestionario “Factores contextuales y conceptuales que influyen en la presencia de diabetes” adaptado para población de México, el cual forma parte del Conceptual & Contextual Factors that Influence Diabetes Outcomes Questionnaire (Valdés y Misra, 2007: 5). La versión adaptada de este instrumento consta de 165 reactivos que se agrupan en once escalas. Los principales resultados fueron que en ambas comunidades participaron más mujeres que hombres. El 57.1 por ciento de las mujeres tenía entre 46-65 años y 29.4 por ciento de los hombres más de 66 años; 86.5 por ciento de ellos tenía pareja y 33 por ciento de las mujeres no la tenía. El 35 por ciento de las mujeres no sabía leer ni escribir y 52.5 por ciento de los hombres tenía estudios de primaria. En cuanto a ocupación, 74 por ciento de las mujeres eran amas de casa y 31 por ciento de los hombres estaba desempleado. Se encontró diferencia significativa al comparar participantes por ocupación ($p < 0.00$).

En el 2001, aproximadamente más de 170 millones de personas la padecían y se proyectó que esta cantidad aumentaría al doble para el 2030. En México esta enfermedad es la primera causa de mortalidad y la que consume el mayor gasto público; de acuerdo con las últimas estimaciones nacionales, la prevalencia total en mayores de 20 años fue de 14,42 %. La forma más común de la diabetes es el tipo 2 y una situación muy frecuente que coexiste es la presencia de obesidad/sobrepeso cuya prevalencia ha aumentado dramáticamente alcanzando casi al 70 % en el 2006. La obesidad/sobrepeso en estas personas favorece la presencia de resistencia a la insulina y esta se asocia con el síndrome metabólico el cual, además de la hiperglucemia, se caracteriza por hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad central.

Vargas y colaboradores realizaron en México en 2012 una investigación con el objetivo de comparar a dos grupos de pacientes con diabetes tipo 2 que se someten al Instituto de Salud del Estado de México. Se realizó un estudio cuasi-experimental en donde se incluyeron dos grupos conformados por 10 pacientes cada uno, diagnosticados con diabetes Tipo 2, los cuales participaron en un programa de intervención de autocuidado basado en la adopción de los Siete Comportamientos. La elección de los participantes fue mediante muestreo no probabilístico cumpliendo criterios de inclusión y exclusión como: encontrarse estable, ser capaz de llevar acabo estrés emocional, no ser dependiente de un cuidador. Los principales resultados fueron: Con respecto a los datos generales en ambos grupos de pacientes en estudio, las edades oscilaron entre los 40 a 45 años (85%) y de 46 a 50 años (15%) el género predominante fue el femenino con el 90%, con respecto al tiempo de diagnóstico el 80% se encuentra entre 8 a 10 años.

En el año 2014 Arias realizó en Nuevo León una investigación con el objetivo de explicar la variación del control glucémico, estrés de la vida diaria y el producido por diabetes, así como la percepción del estado de salud, en adultos que controlan su padecimiento en forma ambulatoria. Se realizó un estudio descriptivo correlacionar con muestra por convenienciam (n = 122), reclutada de clínica especializada. Se determinó peso, talla, IMC y circunferencia de cintura, aplicándose cuatro cuestionarios, correspondientes a los conceptos teóricos. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y estadística inferencial para responder a los objetivos planteados. Los principales resultados fueron: 122 sujetos con DT2, residentes de la ciudad de Monterrey y otros municipios del área metropolitana; la mayoría de la población perteneció al sexo femenino. Una de las características de la muestra estudiada es que un alto porcentaje de los participantes reportaron cifras de glucosa plasmática en control glucémico (64.8%) con glucemias entre 70-130 mg/dL. Posiblemente este resultado pudiera deberse a que los participantes tienen conocimiento sobre cómo llevar a cabo su tratamiento; el promedio de educación formal que reportó la población estudiada fue de 10 años lo que significa un nivel

de educación media superior; además la mayoría de la muestra cuenta con seguridad social por contar con un empleo. Esta situación podría sugerir que algunos participantes reciben sistemáticamente el tratamiento para la DT2, facilitando un control de la enfermedad.

En el año 2012 Herrera y colaboradores realizaron en Cartagena una investigación con el objetivo de identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia se identificó con la escala de Valoración de las capacidades psicológicas, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas. Los principales resultados fueron: del predominó el sexo femenino (68,4 %); la unión libre (59,1 %); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34,7 %). Al valorar la capacidad psicológica, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio.

Navarro y colaboradores realizaron en San Luis Valencia en el 2016 una investigación con el objetivo de analizar la percepción que los pacientes tienen de si reciben en las consultas de medicina de su centro de salud información para (gestión medicación e implicación en ejercicio físico o dieta). Se realizó un estudio descriptivo en el que se entrevistó telefónicamente a una muestra de 2401 pacientes de atención primaria seleccionados al azar. Se empleó una escala reducida de 6 preguntas (puntuación máxima 6 puntos). Se consideraron las diferencias en función edad, sexo, ocurrencia de incidentes para la seguridad, si acudía regularmente a consulta y duración de la consulta. Los principales

resultados fueron 2350 pacientes (tasa de respuesta 97,9%). El 34,6% (N=1253) de los entrevistados obtuvieron 5 o más puntos en la escala (percentil 50). Recibir información sobre la previsible evolución incrementó la satisfacción (OR 11.2 (IC95% 8.3-15.3). La duración de la consulta ($p<0.01$), acudir regularmente a consulta médica ($p<0.01$) o no haber sufrido un evento adverso ($p<0.01$), se relacionaron con una mayor puntuación en la escala.

Jiménez y colaboradores realizaron en México en el 2013 una investigación con el objetivo de estimar la frecuencia de medidas de prevención y control para diabetes tipo 2 en población mexicana. Se utilizó 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. Los principales resultados fueron 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 psicológica (14.6%), oftalmológica (8.6%) y la determinación de HbA1c (9.6%) fue bajo.

Azzollini y colaboradores realizaron en buenos aires en el 2012 una investigación con el objetivo de identificar la relación entre el ámbito laboral y familiar con las prácticas de auto atención y autocuidado de pacientes con diagnósticos de diabetes tipo 2, que concurren a los consultorios externos de diabetología de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que fueron encuestados con los siguientes instrumentos: cuestionario de datos personales y laborales, escala de frecuencias sobre prácticas de auto tención y autocuidado, ambos construidos ad hoc y validados previamente. Los datos fueron analizados estadísticamente con análisis descriptivos y pruebas bivariadas, según el nivel de medición de las variables. Los resultados del presente estudio evidencian que el apoyo social favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

II Planteamiento del problema

La diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica, región que abarca 21 países y más de 577 millones de habitantes. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2011 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, sólo Norteamérica (10.5%) y el Sur de Asia (10.9%) tenían tasas mayores (1.1). De los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 26 millones (7%) residen en nuestra región.

El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en nuestros países que lo pronosticado para otras áreas, se espera para entonces 39.9 millones de casos. La expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición (Guías ALAD, 2013).

La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes, generalmente ocurre en los adultos mayores, pero se ve cada vez más en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz. Con el tiempo los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes, tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos (Atlas de la Diabetes de la FID, 2015).

Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su condición durante mucho tiempo porque los síntomas suelen ser menos marcados que en la diabetes tipo 1 y pueden tardar años en ser reconocidos (Atlas de la Diabetes de la FID, 2015).

La diabetes afectan a las personas que la padecen en todas las dimensiones, incluyendo el bienestar psicológico, por lo que se busca que estas personas tengan un bienestar psicológico desde que son diagnosticados.

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado, enfermería es responsable de las personas en las diferentes etapas de la vida. Por eso, para enfermería es importante cuidar a las personas con diabetes tipo 2, ya que las acciones que puede realizar en esta etapa son de tipo preventivo. En el caso de la diabetes tipo 2, enfermería puede identificar los pacientes con esta enfermedad en el primer nivel de atención, para evitar los efectos más dañinos para la salud.

Por eso, en esta investigación se pretende realizar un acercamiento al identificar el bienestar psicológico de diabetes tipo 2 en los pacientes del CAISES de la Secretaría de Salud de Moroleón, Guanajuato

Esta investigación apoyará el desarrollo del Cuerpo Académico En Consolidación Cuidado integral en condiciones crónicas de la Facultad de Enfermería.

A partir de la información anterior, surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es el bienestar psicológico en personas con diabetes tipo 2?

III.Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar el bienestar psicológico de las personas con diabetes tipo 2.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características de las personas con diabetes tipo 2 con base en las variables sociodemográficas.
2. Medir el bienestar psicológico de las personas con diabetes tipo 2 en la escala total en las dimensiones auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de y crecimiento personal.

IV. Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existe bienestar psicológico bajo en personas con diabetes tipo 2.

Hipótesis Nula

Existe bienestar psicológico alto en personas con diabetes tipo 2.

V. Marco Teórico

En este apartado se desarrollan las variables de estudio, bienestar psicológico y diabetes tipo 2.

5.1 Bienestar Psicológico

Antes de abordar el bienestar psicológico, se debe revisar el significado de bienestar. El cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

5.1.1 Concepto.

La palabra bienestar psicológico es definida por la Real Academia Española (2017) como un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo.

Autores como Sánchez y Cánovas (2013), plantean que el bienestar psicológico puede ser entendido como la intensidad de las emociones positivas en la persona, o bien como una reflexión sobre la satisfacción con la vida, haciendo énfasis así sobre los afectos positivos. De esta manera, el autor destaca, la existencia de cuatro dimensiones que conforman dicho constructo.

La primera dimensión hace referencia al Bienestar Psicológico Subjetivo, el cual se basa únicamente en la felicidad, los afectos y las experiencias positivas. Por otra parte, se encuentra una segunda dimensión, referida como Bienestar Material que incluye la percepción subjetiva de estabilidad económica y posesiones materiales.

El bienestar psicológico de acuerdo a Diener, Suh, Lucas y Smith puede definirse de manera general como un concepto ligado a la percepción subjetiva que tiene un individuo respecto a los logros conseguidos por él, y su grado de satisfacción personal con sus acciones pasadas, presentes y futuras. En tal sentido, refleja el sentir positivo y el pensar constructivo de la persona para consigo mismo (Velásquez, 2008).

El bienestar psicológico se caracteriza por su dimensión subjetiva, evolutiva y multidimensional, incluidas las condiciones individuales y socioculturales que lo facilitan o lo dificultan (Ballesteros, 2006).

5.1.2 Antecedentes.

El bienestar psicológico de acuerdo con Arrogante, Pérez y Aparicio (2015) hunde sus raíces en la tradición filosófica eudaimónica de Aristóteles¹², centrando su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo.

Estar al servicio de algo que uno considera más importante que el yo y crear significado supone que las acciones y sentimientos están en armonía. Los logros, es el cuarto componente que acompaña el constructo del bienestar, se trata entonces de lo que los seres humanos hacen en pro de su bienestar, es decir, es la descripción de lo que deciden hacer libremente por el valor intrínseco que representa para ellos mismos incluso cuando no aportan emociones positivas o sentido (Seligman, 2011).

Por último, las relaciones interpersonales como quinto y último elemento del modelo de bienestar, Seligman (2011), señala que el mejor antídoto para superar situaciones álgidas en la vida de una persona son las demás personas, debido a que los considera como la mejor herramienta para animarse. Estos últimos elementos poseen aspectos tanto subjetivos como objetivos, puesto que las personas pueden pensar que practican la entrega, gozan de sentido, tienen buenas relaciones y logros elevados, y llegan a equivocarse o incluso engañarse, pero como bien lo dice el autor, el bienestar no solo existe en la cabeza de las personas, también está ligado al sentirse bien, así como también en tener realmente un sentido, gozar de buenas relaciones y alcanzar logros; por lo tanto, dependiendo del camino que tomen las personas se podrá o no maximizar estos cinco elementos.

Adicionalmente, Sánchez y Cánovas (2013), menciona las dimensiones de Bienestar Laboral y Bienestar de las relaciones de parejas, el primero de ellos lo define como la percepción subjetiva y positiva del entorno laboral, dicha dimensión

se considera un componente importante dentro de la satisfacción en general, y ésta lo es de la salud en su sentido global. Finalmente, la última dimensión mencionada implica la percepción positiva de la relación de pareja, en este punto el autor destaca que las relaciones de pareja satisfactorias contribuyen en la percepción del bienestar en general.

Continuando con lo antes expuesto, autores como Dunn, Gilbert y Wilson (2011), señalan que también el bienestar psicológico se halla asociado con el dinero o bienes materiales, dicha relación es positiva pero sorprendentemente débil, es decir, si bien las personas con mucho dinero y bienes pueden costear mejores servicios de salud para vivir más años sin preocupaciones, tener más ratos de ocio con sus seres queridos, ambas fuentes de bienestar o felicidad, dichas personas no son significativamente más felices ni perciben más bienestar que aquellas quienes tienen menos recursos. En este sentido plantean que el dinero es una oportunidad para la felicidad, pero suele ser una oportunidad que muchos desperdician porque se equivocan con las cosas materiales que piensan pueden hacerlos sentir bien o tener más bienestar, porque se tiene la tendencia de incluir los afectos en este tipo de decisiones.

Abundando al respecto, Dunn, Gilbert y Wilson (2011), sostienen que cuando se le pregunta a las personas con alta percepción de bienestar material que hagan un balance de sus vidas, éstas reportan sentirse más satisfechas, sin embargo, cuando se les pregunta acerca de su percepción de bienestar y lo felices que son en el momento presente, no difieren significativamente de personas con menos recursos económicos. Este hecho, según los autores, sugiere que el dinero y los bienes materiales proporcionan satisfacción a las personas cuando piensan en él, más no cuando lo utilizan. Hasta ahora, se han descrito fundamentos en base al bienestar psicológico, sin embargo, al hablar de bienestar psicológico y personalidad es un desafío para la investigación revisada combinar ambas variables.

El impacto de la cultura en el bienestar psicológico constituye un tema relevante y de interés para la psicología transcultural (Diener y Suh, 2010).

Diversas investigaciones explican que los individuos más felices y satisfechos padecen de menos malestar, además tienen valoraciones personales más calificadas y habilidades para el manejo del entorno físico y social.

Por su parte, autores como Coronel (2013), señalan a la felicidad y al bienestar psicológico como disposiciones bio-psicológicas-naturales. En este sentido, así como para la salud es el estado natural biológico del organismo, para la psicología esa disposición la constituye el bienestar subjetivo (Casullo, 2015).

Por lo tanto, al ser el Bienestar Psicológico el punto de interés del presente trabajo, es importante comprender el desarrollo de tan importante concepto planteado por la Psicología Positiva; así como, la conexión que el mismo tiene con el modelo biopsicosocial de Salud.

5.1.3 Generalidades.

Según Arrogante et al (2015), el modelo de Ryff, considera seis indicadores del bienestar psicológico que son: la auto aceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito de la vida y el crecimiento personal. Por otro lado, existen determinadas características de la personalidad que contribuyen a un mayor BP, asociándose con una mejor salud y, en caso de enfermedad, a una más rápida recuperación y vuelta a la actividad normal. Entre estas características se encuentran el apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento puestas en marcha ante situaciones estresantes. El apoyo social hace referencia a los procesos psicosociales e interpersonales que mantienen y promueven la salud y el bienestar, constituyéndose como un factor psicosocial.

Ante lo antes expuesto, es importante conocer, como los rasgos de personalidad influyen, como variable psicológica, en la construcción subjetiva del bienestar psicológico de los pacientes con diabetes tipo II, ya que a raíz del diagnóstico de la enfermedad, la percepción del paciente respecto a su calidad de vida y bienestar suele ser negativa debido a las implicaciones que acarrea la diabetes y su tratamiento, el cual implica un cambio a una dieta más estricta, ejercicios físicos, un auto monitoreo de los niveles de azúcar y administración de medicamentos (Melchioris, y Fernández, 2004).

5.1.4 Dimensiones.

Las dimensiones del bienestar psicológico según Carol Ryff son seis.

1. Auto aceptación. Es una de las características principales del funcionamiento positivo. Las personas con una alta auto aceptación tienen una actitud positiva hacia sí mismas, aceptan los diversos aspectos de su personalidad, incluyendo los negativos, y se sienten bien respecto a su pasado. Las personas con baja auto aceptación se sienten insatisfechas contigo mismas y decepcionadas con su pasado, tienen problemas con ciertas características que poseen y desearían se diferentes a como son.

2. Relaciones positivas. Consiste en tener relaciones de calidad con los demás, gente con la que se pueda contar, alguien a quien amar. De hecho, la pérdida de apoyo social o aislamiento social aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad y reducen la esperanza de vida.

Las personas que puntúan alto en esta dimensión tienen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás, se preocupan por el bienestar de los otros, son capaces de experimentar sentimientos de empatía, amor e intimidad con los demás y entienden el dar y recibir que implican las relaciones.

Las personas que puntúan bajo tienen pocas relaciones cercanas, les resulta difícil ser cálidos, abiertos o preocuparse por los demás, están aislados o frustrados en sus relaciones y no están dispuestos a tener compromisos o vínculos importantes con los demás.

3. Propósito en la vida. Es decir, que tu vida tenga un sentido y un propósito. Las personas necesitan marcarse metas y definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de sentido. Quienes puntúan alto en esta dimensión persiguen metas, sueños u objetivos, tienen la sensación de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, y mantienen creencias que dan sentido a su vida. Quienes puntúan bajo tienen la sensación de que la vida no tiene sentido, de que no van a ninguna parte, tienen pocas metas y no tienen creencias que aporten sentido a sus vidas.

4. Crecimiento personal. Consiste en sacar el mayor partido a tus talentos y habilidades, utilizando todas tus capacidades, desarrollar tus potencialidades y seguir creciendo como persona. Las personas con puntuaciones altas en esta dimensión consideran que están en continuo crecimiento, están abiertas a las nuevas experiencias, desean desarrollar su potencial y habilidades, consideran que han ido mejorando con el tiempo y van cambiando de modos que reflejan un mayor autoconocimiento y efectividad.

Quienes puntúan bajo tienen la sensación de estar atascados, no tienen una sensación de estar mejorando con el tiempo, se sienten aburridos, desmotivados y con poco interés en la vida, e incapaces de desarrollar nuevas actitudes, habilidades, creencias o comportamientos.

5. Autonomía. Consiste en tener la sensación de que puedes elegir por ti mismo, tomar tus propias decisiones para ti y para tu vida, incluso si van en contra de la opinión mayoritaria, mantener tu independencia personal y tus convicciones. Las personas con mayor autonomía son más capaces de resistir la presión social y regulan mejor su comportamiento desde el interior (en vez de ser dirigidos por otros), son más independientes y se evalúan a sí mismas en función de estándares personales. Las personas con baja autonomía están preocupadas por las evaluaciones y expectativas de los demás y se dejan influir o guiar por ellas, toman sus decisiones en base a las opiniones de los demás y se conforman ante la presión social, actuando y pensando en base a lo que los demás esperan de ellos.

6. Dominio del entorno. Hace referencia al manejo de las exigencias y oportunidades de tu ambiente para satisfacer tus necesidades y capacidades. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el ambiente que las rodea, hacen un uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno y son capaces de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales y valores. Las personas con bajo dominio del entorno tienen problemas para manejar los asuntos de la vida diaria, se sienten incapaces de mejorar o

cambiar su entorno, no son conscientes de las oportunidades de su entorno ni las aprovechan y piensan que no tienen ningún control sobre su ambiente.

5.2 Diabetes tipo 2

5.2.1 Concepto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2016).

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015), la diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2013), el término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

Según la Norma Oficial Mexicana (2015) La DM es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización

5.2.1 Clasificación.

De acuerdo a la OMS (2016), la diabetes se clasifica en tres tipos: tipo 1, tipo 2 y gestacional.

La diabetes tipo 2 también llamada no insulino dependientes o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de diabetes tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones, hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observa en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016).

De acuerdo a la información brindada por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2016), la clasificación es: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Millones de estadounidenses han recibido un diagnóstico de diabetes tipo 2, y mucho más desconocen que tienen un alto riesgo de tenerla. Algunos grupos tienen mayor riesgo de tener diabetes tipo 2 (ADA, 2016).

En la diabetes tipo 2 el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando una persona come, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes (ADA, 2016).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 015 (2010), la diabetes se clasifica en tipo 1 y tipo 2 (NOM-015, 2010). En la diabetes tipo 2, es en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de

insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia (NOM-015,2010).

5.2.3 Signos y Síntomas.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016)

De acuerdo al Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015), muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su condición durante mucho tiempo que los síntomas suelen ser menos marcados y pueden tardar años en ser reconocidos, los signos de diabetes tipo 2 son: micción frecuente, sed excesiva, pérdida de peso y visión (Atlas de la diabetes de la FID, 2015).

Tabla 1.

Metas de control metabólico en personas con diabetes

Parámetro	Meta de control
Glucemia en ayuno (mg/dl)	70 -130
HbA1c (%)*	<7
Presión arterial (mm de Hg)	<130/80
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150
Colesterol HDL (mg/dl) hombres	>40
Colesterol HDL (md/dl) mujeres	>50
Colesterol total (mg/dl)	<200
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140
IMC	<24.9
Microalbuminuria (mg/día)	<30

Fuente. Guía de práctica clínica, 2014.

5.2.4 Diagnóstico.

De acuerdo a la Norma (NOM-015-SSA2-2010) Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o

igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa dos hrs. post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la PTOG, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

5.2.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones (NOM-015, 2010).

De acuerdo a las Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2006), el tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables (Guías ALAD, 2006).

Con relación a la Guía de Práctica Clínica (2014), recomienda iniciar el tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 realizando cambio en el estilo de vida: educando al paciente para su autocuidado, llevar a cabo un tratamiento nutricional médico: modificando su alimentación y actividad física moderada durante 30 minutos seguidos al día, combatiendo diferentes tipos de ejercicio, ajustando los horarios para hacerlo (Guía de práctica clínica, 2014).

En cuanto a tratamiento farmacológico se muestran los hipoglucemiantes orales en siguiente tabla (Guía de práctica clínica, 2014).

5.2.6 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico establecido para personas con diabetes incluye los varios medicamentos conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes (ver tabla 2).

Tabla 2.

Hipoglucemiantes orales para el tratamiento de la diabetes tipo 2

Hipoglucemiante	Dosis Inicial	Dosis Máxima	Efectos adversos	Contraindicaciones
Metformina	500-850 mg	2550 mg	Efectos gastrointestinales (acidez, náuseas, sabor metálico, diarrea) acidosis láctica interferencia en la absorción de vitamina B12	Enfermedad renal etapa 3-4 Insuficiencia hepática. Insuficiencia cardiaca severa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, embarazo, lactancia y alcoholismo.
Glibenclamida	5 mg	20mg	Hipoglucemia, aumento de peso, alteraciones gastrointestinales, rash/ hipersensibilacion, leucopenia.	Diabetes mellitus tipo 1, hipersensibilidad, embarazo y lactancia, cetoacidosis diabética y alergia a sulfamidas.
Glipizida	2.5mg	20mg	Nauseas, diarrea, mareo, somnolencia, cefalea y reacciones cutáneas	Insuficiencia hepática, hipersensibilidad, cetoacidosis diabética.
Gimepirida	1mg	4 mg	Hipoglucemia, deterioro visual transitorio, reacción alérgica.	Hipersensibilidad droga.
Repaglinida	0.5 mg con alimento	4mg con alimento	Hipoglucemias, trastornos digestivos, no asociar con	Diabetes mellitus tipo 1, hipersensibilidad, cetoacidosis

			gemfibrozilo.	diabética insuficiencia hepática grave.
Pioglitazona	15 mg	30mg	Retención de líquidos, hepatotoxicidad, edema, aumento de peso, incremento de la incidencia cardiaca.	
Acarbosa	20-50mg	100 mg tres veces al día	Distensión abdominal, flatulencia, diarrea.	
Sitagliptina	100mg DU	100mg	Casos de pancreatitis	Enfermedad renal etapa 4, insuficiencia hepática, hipersensibilidad.

En relación al tratamiento farmacológico se muestran los tipos de insulinas en siguiente tabla (Guía de práctica clínica, 2014).

Tabla 3.

Tipos de insulina para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Insulina	Presentación	Efectos adversos	Contraindicaciones
Insulina glargina	Solución inyectable. Cada mililitro de solución contiene insulina glargina 3.64mg equivalente 100UI de insulina humana.	Reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipocalcemia.	Hipersensibilidad a la insulina glargina o a cualquiera de los componentes de la fórmula.
Insulina humana	Solución inyectable, acción intermedia, cada mililitro contiene: insulina humana isófona 100UI, frasco con ampolla con 10ml.	Hipersensibilidad inmediata. Síndrome hipoglucémico, lipodistrofia	Hipersensibilidad al fármaco.
Insulina humana de acción intermedia lenta	Suspensión inyectable, cada mililitro contiene insulina zinc compuesta humana (origen ADN recombinante)100UI, envase con frasco	Hipersensibilidad inmediata. Síndrome hipoglucémico. Lipodistrofia	Hipersensibilidad al fármaco.

	ámpula con 10ml.		
Insulina Lispro	Solución inyectable, cada mililitro contiene insulina lispro (origen ADN Recombinante), 100UI, envase con frasco ámpula con 10 ml.	Reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipokalemia y hipoglucemia.	Hipersensibilidad al fármaco e hipoglucemia.
Insulina lispro-protamina	Suspensión inyectable, cada mililitro contiene: insulina lispro (origen ADN recombinante), 25UI. Insulina lispro protaminada (origen ADN recombinante) 75 UI. Envase con dos cartuchos con 3 ml o un frasco ámpula con 10 ml.	Reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipokalemia y hipoglucemia.	Hipersensibilidad al fármaco e hipoglucemia.

5.2.7 Complicaciones.

La diabetes puede provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones (OMS, 2016).

VI Material y métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

Se trata de un estudio cuantitativo porque se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Fue un estudio no experimental ya que son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández et al., 2014).

Fue un estudio transversal porque son los que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).

6.1.1 Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el período comprendido de septiembre del 2017 en las instalaciones del CAISES de la Secretaría de Salud de Morelón, Guanajuato.

6.1.2 Universo

La población fue personas con diabetes tipo 2 de 20 a 60 años que acudieron al CAISES de la Secretaría de Salud de Morelón, Guanajuato.

6.1.3 Muestra

La muestra empleada fue no probabilística, de 150 personas que acudieron al CAISES de la Secretaría de Salud de Morelón, Guanajuato.

6.1.4 Variables

La variable de bienestar psicológico es la dimensión positiva de la salud mental y se define a partir de elementos no hedónicos: el funcionamiento humano óptimo

es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer, y no al revés (Ryff según Velásquez et al, 2008).

La variable persona con diabetes es aquella que tiene una glucosa mayor a 99 mg/dl también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta se debe a una utilización ineficaz de la insulina (OMS, 2013).

6.1.5 Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio serán los siguientes.

6.1.6 Criterio de inclusión.

Se incluirán en el estudio personas de ambos sexos de edad de 20 a 70, con diagnóstico de diabetes tipo 2 de por lo menos un año de diagnóstico, que acudan al CAISES de la Secretaría de Salud de Morelón, Guanajuato. Que deseen participar y firmen la hoja de consentimiento informado.

6.1.7 Criterios de exclusión.

Se excluirán del estudio las personas con diagnóstico de diabetes tipo 1 o diabetes gestacional, menores de 20 años y mayores de 60, que no asistan al CAISES de la Secretaría de Salud de Morelón, Guanajuato. Y que no acepten participar.

6.1.8 Criterios de eliminación.

Se eliminarán cuestionarios incompletos en más del 30%.

6.1.9 Operalización de variables

Las variables del estudio se muestran en el Apéndice 1.

Variable independiente. Bienestar psicológico

Variable dependiente. Diabetes tipo 2

6.2 Instrumentos

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989, adaptada por van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006). En la versión utilizada se conservan las seis sub-escalas originales del test. Estas subescalas son: I.- Auto aceptación, 6 ítems; II.- Relaciones Positivas, 6 ítems; III.- Autonomía, 8 ítems; IV.- Dominio del entorno, 6 ítems; V.- Propósito en la vida, 7 ítems; VI. - Crecimiento Personal, 6 ítems. El total de ítems de la Escala es 39, su formato de respuesta está compuesto por puntuaciones tipo Likert que van de 1 a 6, donde 1=Totalmente en Desacuerdo y 6=Totalmente de Acuerdo. La consistencia interna (medida con Alfa de Cron Bach) de las sub-escalas de Bienestar Psicológico de la versión española propuesta por Van Dierendonk (2004) fue de: Auto aceptación= .83, Relaciones positivas= .81, Autonomía= .73, Dominio del entorno= .71, Propósito en la vida= .83 y Crecimiento personal= .68

6.2.1 Prueba piloto

La Escala para Estimar el bienestar psicológico se aplicó a una población con diabetes tipo 2 para ver el nivel de bienestar psicológico que tienen los usuarios, se realizó una prueba piloto con 30 encuestas obteniendo un alfa de Cronbach de 0.68.

6.2.2 Procedimiento.

Tras la elección del tema del protocolo de investigación en marzo del 2017, se solicitó la aprobación de la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Una vez aprobado el protocolo, se acudió con los responsables de la unidad de salud y se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades del CAISES de la Secretaría de Salud de Moroleón, Guanajuato

Ya obtenida la autorización del personal, se asistió al CAISES de la Secretaría de Salud de Moroleón, Guanajuato donde el investigador solicitó el

apoyo al personal de enfermería con el fin de identificar y poder abordar a las pacientes con tratamiento de diabetes tipo 2, a quienes se les explicó sobre la investigación de carácter voluntario, autónomo y con libertad de salir de ella en el momento que lo deseen. Al aceptar se les solicitó la firma del consentimiento informado (ver anexo 2), y posterior a ello, se realizó la aplicación de los instrumentos y la toma de muestra de sangre capilar.

Posterior a la colecta de datos, se elaboró la base de datos, se capturó y efectuó el análisis estadístico, elaboración de tablas y resultados. Finalmente se elaboró el reporte de resultados para la tesis.

6.2.3 Análisis estadístico

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 22. Se aplicó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y las variables de estudio mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y frecuencias y porcentajes. Para determinar la consistencia interna del instrumento se empleó el alfa de Cronbach.

I. Resultados

Esta investigación buscó evaluar el bienestar psicológico de las personas con diabetes tipo 2 en el CAISES de la localidad de Moroleón, Estado de Guanajuato. Se encuestaron 150 personas con el instrumento Escala para estimar el Bienestar Psicológico. Se realizó una prueba piloto y se obtuvo una fiabilidad de 0.76.

El primer objetivo del trabajo fue caracterizar a la población participante y para ello se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 1

Sexo de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Sexo	f	%
Masculino	69	46.0
Femenino	81	54.0
Total	150	100.0

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 1 se observa que el 54% de los participantes es de sexo femenino.

Tabla 2

Edad de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Edad	58.33	58.0	54	32	81	10.934

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 3

Escolaridad de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Escolaridad	4.59	5.00	0	0	15	3.458

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 4

Frecuencia de escolaridad de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Escolaridad	f	%
Sin estudios	37	24.7
Primaria	70	46.7
Secundaria	36	24.0
Preparatoria	6	4.0
Licenciatura	1	.7
Total	150	100.0

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 4 se observa que el 46.7% de los participantes tiene escolaridad de primaria.

Tabla 5

Escolaridad de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Escolaridad	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Escolaridad	4.59	5.00	0	0	15	3.458

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 6

Peso de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Peso	71.30	70.00	70	49	114	11.880

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 7

Glucosa de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Glucosa	150.27	130.50	122	86	537	75.990

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 8

Presión arterial de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Presión arterial	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Sistólica	122.71	122.00	130	100	160	12.329
Diastólica	82.29	80.00	80	40	123	12.036

Nota. DE=Desviación estándar

Tabla 9

Trabajo actual de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Trabajo actual	f	%
Obrero	16	10.7
Hogar	33	22.0
Comercio	57	38.0
Campo	24	16.0
Otro	13	8.7
Desempleado	1	.7
Estudiante	6	4.0
Total	150	100.0

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 9 se observa que el 38% de los participantes se dedican al comercio

Tabla 10

Medicamentos utilizados por los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Medicamentos	<i>f</i>	%
Metformina	3	2.0
Glibenclamida	6	4.0
Metformina / Glibenclamida	19	12.7
Insulina	42	28.0
Metformina e insulina	80	53.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 10 se observa que el 53.3% de los participantes utiliza Metformina e insulina para el tratamiento de su diabetes.

Tabla 11

Porcentaje que se miden la glucosa en su casa utilizados por los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Se mide la glucosa en casa	<i>f</i>	%
Si	113	75.3
No	37	24.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 11 se observa que el 75.3% de los participantes si se mide la glucosa en casa para el control de su diabetes

Tabla 12

Tiempo que saben de su enfermedad de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Tiempo de padecer la diabetes	<i>f</i>	%
Recién diagnóstico	7	4.7
Menos de un año	13	8.7
de 1 a 5 años	47	31.3
de 5 a 10 años	35	23.3
10 años o más	48	32.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 12 se observa que el 32.0% de los participantes tiene ya más de 10 años padeciendo la diabetes.

Tabla 13

Con quién viven los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Con quién vive	<i>f</i>	%
Pareja	128	85.3
Hijos	22	14.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 13 se observa que el 85.3% de los participantes refiere que viven con su pareja.

Tabla 14

Persona que ayuda en su diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Persona que ayuda	<i>f</i>	%
Algún familiar	93	62.0
Amistades	12	8.0
Nadie	45	30.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 14 se observa que el 62% de los participantes refiere que algún familiar es quien le ayuda en relación a su diabetes.

Tabla 15

La persona que le ayuda estaría dispuesta a saber más sobre su diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Disposición a saber	<i>f</i>	%
Sí	111	74.0
No	39	26.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 15 se observa que el 74% de los participantes refiere que la persona que le ayuda estaría dispuesta a saber más en relación a su diabetes.

Tabla 16

¿La persona que le ayuda estaría dispuesta a asistir a reuniones para saber más sobre su diabetes?, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Asistir a reuniones	<i>f</i>	%
Sí	119	79.3
No	31	20.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 16 se observa que el 79.3% de los participantes refiere que la persona que le ayuda estaría dispuesta a acompañarlo a reuniones en relación a su diabetes.

Tabla 17

Motivo por el que el familiar no estaría dispuesta a asistir a reuniones sobre la diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Motivo	<i>f</i>	%
Trabaja	146	97.3
Vive en otro lugar	4	2.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 17 se observa que el 97.3% de los participantes refiere que la persona que le ayuda no estaría dispuesta a acompañarlo a reuniones en relación a su diabetes por qué trabajan.

Tabla 18

Participación en grupo de apoyo, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Participación en grupo de apoyo	<i>f</i>	%
Grupo positivo	2	1.3
No	148	98.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 18 se observa que el 98.7% de los participantes refieren que no asisten a ningún grupo de apoyo sobre su padecimiento.

Tabla 19

Cuenta con plan alimenticio para la diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Cuenta con plan alimenticio	<i>f</i>	%
Sí	103	68.7
No	47	31.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 19 se observa que el 68.7% de los participantes refieren que cuentan con un plan alimenticio sobre su padecimiento.

Tabla 20

Responsable de la elaboración del plan alimenticio sobre la diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Responsable de la elaboración del plan alimenticio	<i>f</i>	%
Médico	6	4.0
Nutriólogo	77	51.3
Enfermera	12	8.0
Yo mismo o amigos	50	33.3
No tiene plan alimenticio	5	3.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 20 se observa que el 51.3% de los participantes refieren que el nutriólogo fue quien elaboró su plan alimenticio sobre su padecimiento.

Tabla 21

Situación favorable del plan alimenticio del participante, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Situación favorable	<i>f</i>	%
Bajé de peso	30	20.0
Me siento relajado	10	6.7
Mejoraron mis hábitos	41	27.3
Control de enfermedad	57	38.0
Apoyo de enfermedad	9	6.0
No aplica	3	2.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 21 se observa que el 38.0% de los participantes refieren que llevan un control de la enfermedad con su plan alimenticio sobre su padecimiento.

Tabla 22

Situación desfavorable del plan alimenticio del participante, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Situación desfavorable	<i>f</i>	%
No como a mis horas	50	33.3
Es costoso	27	18.0
Es fastidioso	41	27.3
Comer lo que comen todos	23	15.3
No logro modificar hábitos	9	6.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 22 se observa que el 33.3% de los participantes refieren que llevan un control desfavorable con su plan alimenticio sobre su padecimiento ya que no comen a sus horas.

Tabla 23

Tratamiento o apoyo psicológico sobre la diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Tratamiento o apoyo psicológico	<i>f</i>	%
Sí	3	2.0
No	147	98.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 23 se observa que el 98.0% de los participantes refieren que no han tenido ningún tratamiento o apoyo psicológico llevan sobre su padecimiento.

Tabla 24

Manejo de emociones en relación sobre la diabetes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Manejo de emociones	<i>f</i>	%
Me resisto a mi enfermedad o tratamiento	19	12.7
Me siento enojado (a) cuando me piden que cambie de conducta	31	20.7
Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento	10	6.7
Me siento triste, estresado (a) todo el tiempo	6	4.0
Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento	84	56.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 24 se observa que el 56.0% de los participantes refieren que aceptan su enfermedad y están dispuestos a seguir su tratamiento.

Tabla 25

Realización de algún tipo de actividad física, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Actividad física	<i>f</i>	%
No	106	70.7
Sí	44	29.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 25 se observa que el 70.7% de los participantes refieren que no realizan actividad física.

Tabla 26

Tipo de actividad física realizada por los participantes Moroleón, Guanajuato, 2017.

Tipo de actividad física	<i>f</i>	%
Ninguna	106	70.7
Caminar	44	29.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 26 se observa que el 29.3% de los participantes realizan la caminata como actividad física.

Tabla 27

Frecuencia de la actividad física de los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Frecuencia	<i>f</i>	%
Diario	38	25.3
tres veces por semana	6	4.0
No hace ejercicio	106	70.7
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 27 se observa que el 70.7% de los participantes refieren que no realizan actividad física.

Tabla 28

Duración de la actividad física, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Duración	<i>f</i>	%
No realiza ejercicio	106	70.7
Hora	44	29.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 28 se observa que el 70.7% de los participantes refieren que no realizan actividad física.

Tabla 29

Número de veces de cepillado dental al día, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Número de veces de cepillado dental	<i>f</i>	%
1 vez por día	124	82.7
2 veces por día	23	15.3
3 veces por día	3	2.0
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 29 se observa que el 82.7% de los participantes refieren que el cepillado dental lo realizan una vez por día.

Tabla 30

Molestias dentales en los participantes, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Molestia dental	<i>f</i>	%
Sí	34	22.7
No	116	77.3
Total	150	100.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 30 se observa que el 77.3% de los participantes refieren que no siente molestias dentales.

El objetivo dos de la investigación fue identificar el bienestar psicológico de las personas con diabetes tipo 2 y para ello se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 31

Medidas de tendencia central y de dispersión del bienestar psicológico en la escala total y dimensiones, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Bienestar Psicológico	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	<i>DE</i>
Escala total	141.06	140.00	136	126	158	7.093
Dimensiones						
Auto aceptación	22.19	22.00	25	13	30	3.552
Relaciones. Positivas	19.85	20.00	19	13	25	2.827
Autonomía	24.28	25.00	25	12	33	4.274
Dominio. Entorno	13.29	13.00	15	7	20	2.796
Propósitos de la vida	17.52	18.00	20	9	26	3.204
Crecimiento personal	19.95	20.00	20	14	27	2.491

Nota. *DE*=Desviación estándar

Tabla 32

Frecuencias del bienestar psicológico en la escala total y dimensiones, Moroleón, Guanajuato, 2017.

Bienestar psicológico	Alto		Bajo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Escala total	150	100	0	0
Dimensiones				
Auto aceptación	125	83.3	25	16.7
Relaciones positivas	110	73.3	40	26.7
Autonomía	113	75.3	37	24.7
Dominio del entorno	4	2.7	146	97.3
Propósito de la vida	61	40.7	89	59.3
Crecimiento personal	34	22.7	116	77.3

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje

II. Discusión

Esta investigación buscó evaluar el bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2 y se estudiaron 150 personas con diabetes tipo 2, de las cuales un poco más de la mitad fue del sexo femenino, esto fue semejante a lo reportado por Acosta y Palacios (2008), aunque menor a lo encontrado por Ramiro y Navarro (2015) en un estudio efectuado en 28 personas.

Respecto al peso de los participantes se encontró que tuvieron sobre peso y obesidad, por lo que es importante implementar medidas enfocadas en programas educativos en las modificaciones, la alimentación, ejercicio y las terapias conductuales son eficaces en la disminución del peso y control glucémico de la DM2, su combinación aumenta la eficacia. Una pérdida del 5 al 10% en el peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, control glucémico, presión arterial, dislipidemias y el riesgo cardiovascular, las dietas basadas en alimentos con bajo índice glucémico muestran una tendencia favorable en el control de la glucosa (Guía de práctica clínica,2014).

En relación con las variables clínicas de presión arterial sistólica y diastólica, en esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes la tuvo elevada, y esto se explica porque la hipertensión es más frecuente de 1.5 a 2 veces en la población diabética que, en la no diabética y de los pacientes con DM2 hasta un 70-80% tienen hipertensión arterial (Guía de práctica clínica sobre diabetes, 2008). Por eso se considera necesario disminuir la presión arterial en los pacientes diabéticos, la ingesta de grasa saturada de la energía total y la ingesta de colesterol LDL; para reducir el riesgo cardiovascular se debe reducir la presión arterial sistólica 10 mmHg. Existe asociación de un 15% de reducción del riesgo de muerte cardiovascular en 10 años.

En cuanto a la variable clínica de glucosa, los participantes de este estudio tuvieron niveles elevados y mayores a las cifras recomendadas, por lo que se

insiste en que estos pacientes disminuyan su glucosa debido a que hacerlo se asocia con reducción en la incidencia de complicaciones micro y macro vasculares, e igualmente las dietas basadas en alimentos con bajo de índice glucémico muestran una tendencia favorable en el control de la glucosa (Guía de práctica clínica de diabetes, 2008).

La edad de los participantes de este estudio se ubicó en la etapa de la adultez, semejante a lo encontrado por Acosta y Palacios (2008), aunque diferente a lo encontrado por Molina y Meléndez (2006), esto es así porque la diabetes tipo 2 es más común en los adultos, aunque en los últimos años se ha observado un aumento en el diagnóstico de la enfermedad en personas cada vez más jóvenes.

En relación en la escolaridad, se observó que la mayoría de los participantes tuvieron primaria incompleta, diferente a lo reportado por Acosta y Palacios (2008). La escolaridad es muy importante en las personas con diabetes, porque es más eficaz la educación para mejorar el control glucémico, el conocimiento sobre diabetes, habilidades para el autocuidado, disminución de la presión arterial, peso corporal, y uso de medicamentos a mediano y largo plazo en las personas con mayores niveles académicos (Guía de práctica clínica, 2008).

En este trabajo se observó que la mayoría de los participantes se dedican al comercio, diferente a lo encontrado por Acosta y Palacios (2008), y resulta importante resaltarlo porque a las personas con esta actividad se les dificulta mantener hábitos de alimentación que permitan un control de la enfermedad.

Respecto al tratamiento farmacológico se encontró la mayoría de los participantes utilizaban en su tratamiento Metformina e insulina, diferente a lo encontrado en Meléndez y Navarro (2011), esto es importante porque el medicamento de primera elección para la diabetes es la Metformina disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes produce pérdida de peso (~1-5 kg) sin aumentar el riesgo de hipoglucemia, La insulina mejora el control glucémico y reduce el riesgo de la morbilidad asociada Se recomienda iniciar el tratamiento con insulina cuando

no se llega a la meta de control glucémico, a pesar de cambio en el estilo de vida y uso de hipoglucemiantes orales (Guía de práctica clínica,2008)

En este estudio se encontró que la mayoría de los participantes checar su glucosa en casa, y esto es una fortaleza para la persona porque la participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico, aunque el proceso educativo debe ser permanente (Guía de práctica clínica, 2008).

En esta investigación la mayoría de los participantes no presentan comorbilidad, lo que se convierte en una fortaleza para ellos, ya que una vez diagnosticada la enfermedad se presentan otras patologías que disminuyen su calidad de vida, tales como hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad estomatológica, poli neuropatía (Guía de práctica clínica, 2008).

Respecto al tiempo de saber su enfermedad, la mayoría de los participantes tienen más de diez años padeciéndola, y por eso a las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución (Guía de práctica clínica, 2008).

En esta investigación los participantes viven con su pareja, lo que en algunos casos puede significar apoyo familiar, este dato fue diferente a lo encontrado por Acosta y Palacios (2008). La literatura muestra que cuando la familia se involucra, es más factible llevar una atención integral, ya que el paciente lleva un mejor control y menos estrés psicológico al contar con apoyo moral (Guía de práctica clínica, 2008).

Respecto a quién le ayuda con su enfermedad, la mayoría de los participantes respondieron que un familiar es quien lo ayuda ya que la afectividad de la educación llevada a cabo por programas estructurados mejora el control de peso, disminuyen los malos. (Guía de práctica clínica.2008).

En relación a si la persona que le ayuda en su enfermedad estaría dispuesta a saber más sobre su padecimiento, la mayoría de los participantes

respondieron que sí lo estarían. Esta situación es muy importante porque en esta enfermedad se debe asistir a reuniones de enseñanza para aprender sobre su enfermedad, el tratamiento, complicaciones y cuidados, lo cual se logra con técnicas de aprendizaje variadas, adaptadas a las características de cada persona que proporciona la ayuda, (Guía de práctica clínica, 2008).

En relación a la participación en grupos de apoyo, la mayoría respondió que no asisten, y esto afecta al paciente porque el abordaje del aspecto psicosocial en el paciente con diabetes debe ser parte del manejo. Así como en las reuniones o grupos de ayuda se valora si el paciente si conlleva depresión, ansiedad, desordenes de alimentación y trastornos cognitivos por eso es importante considerar valoración especializada, (Guía de práctica clínica.2008).

Respecto al plan alimenticio, la mayoría respondió que sí cuentan con uno elaborado por el nutriólogo quien lleva las modificaciones en la alimentación, porque en estas personas se considera que una pérdida del 5 al 10% en el peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, control glucémico, presión arterial, dislipidemias y el riesgo cardiovascular (Guía de práctica clínica, 2008).

En relación a si han tenido una situación favorable con la dieta, la mayoría de los participantes consideran que les ha ayudado a tener control de la enfermedad, y esto favorece a la persona, porque si se realizan modificaciones en la alimentación, aunado al ejercicio y las terapias conductuales, se mostrarán eficaces en la disminución del peso y control glucémico de la enfermedad (Guía de práctica clínica.2008).

Respecto a si han tenido una situación desfavorable con la dieta, la mayor parte de la población respondió que no come a las horas establecidas ya que eso es una desventaja con el estilo de vida que tienen y se dificulta mantener hábitos de alimentación que permitan un control de la enfermedad (Guía de práctica clínica.2008).

En la investigación realizada, la mayor parte de la población estudiada refiere que no tiene ningún tipo de apoyo psicológico. Esto afecta a la participación activa del paciente para lograr mejores resultados en el control de la enfermedad, (Guía de práctica clínica.2008).

Cuando se les preguntó cómo ha manejado sus emociones respecto a la diabetes, la mayoría de los participantes respondieron que aceptan su enfermedad y están dispuestos a seguir el tratamiento indicado, (Guía de práctica clínica.2008).

En relación a la actividad física, se encontró que la gran mayoría de los participantes no la realizan, lo que se convierte en una desventaja para su salud, porque para las participantes con diabetes tipo 2 se recomienda ejercicios que favorezcan su salud, especialmente el ejercicio de tipo aeróbico regular (150 minutos/semana), porque en los pacientes con diabetes e hipertensión se consigue disminuir la presión sistólica y diastólica de 2 a 3 mmHg (Guía de práctica clínica, 2008).

Respecto al cepillado dental la mayoría de los participantes se cepillan una sola vez al día, lo que fue diferente fue encontrado por Meléndez y Navarro (2007). Entre peor control metabólico mayor es la enfermedad periodontal, (Guía de práctica clínica, 2008).

Esta investigación buscó identificar el bienestar psicológico en las personas con diabetes tipo 2 y cuando se analizó la información con medidas de tendencia central se encontró una medial elevada, lo que se traduce en bienestar psicológico elevado, coincidiendo con los resultados de Acosta y Palacios (2008). Otros autores han encontrado resultados semejantes, aunque en poblaciones como adultos mayores tales como los de Meléndez y Tomas (2007). Es decir, el bienestar psicológico es el esfuerzo que la persona hace por perfeccionar el propio potencial para que la vida adquiera un significado para ella con ciertos esfuerzos se superación y esto se debe reforzar en el caso de las personas que viven con

diabetes, porque a pesar de la enfermedad se puede mantener una vida con significado para evitar las complicaciones (Ortiz y Castro, 2009).

En cuanto a la variable de auto aceptación la mayoría de los participantes tienen alto bienestar psicológico en esta dimensión, similar a los resultados de Acosta y Palacios (2008). Y ya que la auto aceptación es un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona, (Ortiz y Castro, 2009), se espera que las personas que viven con diabetes.

En relación a la variable de relaciones positivas de los participantes tienen alto bienestar psicológico semejante al de Acosta y Palacios (2008). La capacidad de dirigir efectivamente la vida propia y el ambiente para sus necesidades, Ortiz y Barra (2009).

Respecto a la dimensión de autonomía de los participantes cuentan con bajo nivel de bienestar psicológico encontrado diferente a Acosta y Palacios (2008). Capacidad de dirigir efectivamente la propia vida y el ambiente para satisfacer sus necesidades y deseos, Ortiz y Barra (2009).

En relación a la variable dominio del entorno de los participantes cuenta con nivel bajo de bienestar psicológico encontrado diferente a Navarro y Palacios (2008). Se controlan múltiples conjuntos de actividades externas, haciendo un uso efectivo siendo capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales, Meléndez y Tomas (2007).

En cuanto a la variable de propósitos de la vida el de los participantes tienen bajo bienestar psicológico encontrado y comparado con el de Navarro y Palacios (2008). Metas en la vida y sentido de dirección un sentimiento de significado en el presente y en el pasado el cual mantiene creencias que proporcionan el significado de vida, Meléndez y Tomas (2007).

En relación a la variable de crecimiento personal de los participantes tiene bajo nivel de bienestar psicológico comparado con Navarro y Palacios (2008). Esto

mantiene un desarrollo continuo y de mejora a través del tiempo teniendo un sentido de desarrollo propio, Meléndez y Tomás (2007).

III. Conclusiones

Esta investigación buscó evaluar el bienestar psicológico en pacientes diabéticos tipo 2, se estudiaron 150 pacientes con diabetes tipo2.

La mayoría de los participantes encuestados fueron de sexo femenino, con el mayor porcentaje con educación primaria, se dedican a las labores de comercio y al hogar, teniendo un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 10 años a más.

En relación con el bienestar psicológico, se encontró que tienen auto aceptación sobre su enfermedad. Por otra parte, en la dimensión con peor puntuación fue en la dimensión de actividad física.

En cuanto a la mayoría de los participantes de esta investigación consideran que tienen un control en su enfermedad, sobre su alimentación la mayoría de los participantes no logra modificar sus hábitos ya que se les hace difícil. Respecto a la glucosa, se encontró en la mayoría de los participantes si checan su glucosa en casa.

IV. Sugerencias

Esta investigación buscó evaluar sobre los resultados obtenidos en la población se sugiere lo siguiente.

Para las personas con diabetes tipo 2.

1. Asistir a sus citas con el médico y preguntar las dudas que tenga de su enfermedad.

2. Participar en los talleres y grupos de ayuda que realice el personal de salud acerca del autocuidado en personas diabéticas.

3. Examinar los pies todos los días para ver si tienen cortes, ampollas, manchas rojas o inflamación. Llame de inmediato a su médico si tiene alguna llaga que no cicatriza.

4. Llevar una vida activa porque favorece el control de la diabetes y otras enfermedades como la presión arterial alta, además de ser de utilidad para el mejoramiento de la salud en general.

5. Llevar un registro de su nivel de azúcar en la sangre para tener un control de la enfermedad.

6. Evitar los alimentos con alto contenido en hidratos de carbono, sobre todo si son azúcares de absorción rápida azúcar, pasteles y bollería, cremas pasteleras, mermeladas, tartas, helados.

7. Realizar ejercicios físicos, los ejercicios más recomendables para los pacientes diabéticos son caminar, trote suave, bailar, nadar, montar en bicicleta.

Para los prestadores de servicio social de Enfermería.

1. 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.

2. Acudir a sesiones y actualizaciones sobre diabetes mellitus.

3. Ofrecer educación continua a las personas con diabetes, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución.
4. Desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la diabetes y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad.
5. Se sugiere que se realicen visitas domiciliarias mensualmente a las pacientes y valorar su estado de salud, así como su mejoría y su bienestar.

Para la institución de la salud.

1. Las instituciones de salud deben unificar esfuerzos para implementar estrategias efectivas que incrementen los conocimientos y promuevan las prácticas adecuadas sobre la prevención de diabetes, pero sobre todo tener un enfoque en la promoción y educación de hábitos saludables a la población en general.
2. Crear grupos de pacientes diabéticos que permitan compartir experiencias de los pacientes con un buen autocuidado y los nuevos pacientes con la enfermedad.
3. Capacitar al personal de la salud sobre estrategias educativas en dichos pacientes, para brindar consejería oportuna a los pacientes.
4. Promover campañas permanentes en la prevención de diabetes y de igual manera brindar información para el autocuidado en pacientes que padecen dicha enfermedad.

Para la Facultad de Enfermería.

1. Fomentar las investigaciones en esta área, proponiendo un mayor nivel de profundidad de conocimientos acerca de diabetes, para poder hacer propuestas educativas intervencionistas.

2. Acudir a sesiones de actualización de diabetes mellitus tipo 2.
3. Enfocar a los alumnos a programas de primer nivel de atención en salud.

VII. Consideraciones Éticas y Legales

Esta investigación respetará lo que establece la normatividad internacional y nacional respecto a los derechos de los sujetos de investigación, entre ellos la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, donde se respetará el criterio a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas sujetas a esta investigación, ajustándose a los principios científicos y éticos que lo justifique.

Esta investigación contará con el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona sujeto de investigación (artículo 13), ajustándose a los principios científicos y éticos que la justifiquen y también contará con su consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal (artículo 14).

Esta investigación será realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios se considerará como de riesgo mínimo ya que se aplicarán encuestas para medir el bienestar psicológico en personas con diabetes tipo 2.

Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31,62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento. Esta investigación se considerará como de riesgo mínimo ya que se aplicarán encuestas para medirá el bienestar psicológico en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Se considera consentimiento informado (ver Apéndice 3) al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20).

De la misma manera para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos (artículo 21).

La justificación y los objetivos de la investigación (fracción I); los procedimientos que vayan a usarse y su propósito (fracción II); las molestias o los riesgos esperados (fracción III); la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto (fracción VI); la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento (fracción VII); la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (fracción VIII).

De igual manera el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos (artículo 22).

Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría (fracción I); indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación (fracción III); deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe (fracción IV).

De la misma manera caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado (artículo 23).

VIII Resumen

La diabetes tipo 2 es la más común, ocurre en adultos mayores, se ve cada vez más en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella. Objetivo: Identificar y evaluar la relación del bienestar psicológico en personas con diabetes tipo 2 en el CAISES de Moroleón Gto. Metodología: estudio transversal no experimental, con muestra no probabilística, muestra de 150 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2; se utilizó el instrumento de bienestar psicológico ryff. Se empleó el programa SPSS y se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y variable de estudio mediante medidas de tendencia central y frecuencias y porcentajes. Resultados: la mayoría fueron del género femenino (73.8%), sin educación primaria, dedicadas al hogar (70%), comerciantes (3.8%), desempleados (17.5%), media de edad 53 ($DE=11.13$), media de tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 4.51 años ($DE=3.91$), 60% usó metformina y 30% con diagnóstico de hipertensión arterial, media glucosa 165.43 ($DE=59.59$), media conocimiento de la enfermedad 20.47 ($DE=1.76$), media de control de la enfermedad 15.00 ($DE=1.70$), media complicaciones 14.51 ($DE=1.74$). Se concluyó que los participantes de esta investigación consideran que es importante llevar un control de la enfermedad, tienen conocimiento acerca de la enfermedad y tienen complicaciones. Afecta en el bienestar psicológico en su entorno familiar, aspecto económico y social de manera significativa.

Palabras clave. Diabetes tipo 2, enfermería, cuidado, conocimiento, bienestar psicológico.

IX Abstract

Type 2 diabetes is the most common, occurs in older adults, is seen increasingly in children and adolescents. In this type of diabetes, the body is able to produce insulin, but it becomes resistant to it. Objective: To Identify and evaluate the relationship of psychological well-being in people with type 2 diabetes in the CAISES of Moroleón Gto Methodology: non-experimental cross-sectional study, with non-probabilistic sample, sample of 150 people with diagnosis of type 2 diabetes; we used the ryff .The SPSS program was used and descriptive statistics were used for sociodemographic variables and study variables using measures of central tendency and frequencies and percentages. Results: most of them were females (73.8%), with no primary education, housewives (70%), workers (3.8%), unemployed (17.5%), mean age 53 (SD = 11.13) (ED = 3.91), 60% used metformin and 30% diagnosed with hypertension, mean glucose 165.43 (SD = 59.59), cholesterol 183.73 (SD = 88.73), and triglycerides 179.53 (SD = 132.03), mean knowledge of the disease 20.47 (SD = 1.76), mean disease control 15.00 (SD = 1.70), mean complications 14.51 (SD = 1.74). It was concluded that the participants of this research consider that it is important to control the disease, have knowledge about the disease and have complications. It affects psychological well-being in their family environment,It, economic and social aspect in a significant way.

Keywords. Diabetes type 2, nursing, care, knowledge, psychological well-being

X. Referencias bibliográficas

- Adhanom, T. (2013). Salud mental: un estado de bienestar.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Arrogante, O., Pérez, A., Aparicio, E. (2015). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *El sevier*. 22:30, 1-9.
file:///E:/ART%C3%8DCULO%20ENFERMER%C3%8DA%20INTENSIVA_2016.pdf
- Asociación Americana de Diabetes. ADA (2016). Lo básico sobre la diabetes tipo 2. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/lo-basico-sobre-la-diabetes-tipo2.html?referrer=http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>
- Asociación Americana de Diabetes. ADA (2016). Lo básico sobre la diabetes tipo 2. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/información-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>
- Atlas de Diabetes de la FID. (2015). Recuperado de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/95/avance-nuevo-atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-7-edicion--actualizacion-de-2015>
- Beléndez, M., Lorente, I., y Maderuelo, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gacet Sanit*, 29:4, 300-303. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Cruz, P., Vizcarra, I., Kaufer, M., Benítez, A.D., Misra, M., y Valdés, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población*, 20, 119-144.
- Encuesta Nacional de salud y Nutrición. ENSANUT (2012).
- Federación Internacional de Diabetes. FID (2015). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
- Fernández, A., Abdala, T. A., Alvara, E.P., Tenorio, G.L., López, E., Cruz, S., Dávila, R., González, A. (2012). Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el *Rev. Esp Med Quir*, 17, 94-99.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf>.
- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes. (2013). Recuperado de www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=78
- Federación Internacional de Diabetes. FID (2015). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>

- Fundación Mídete. Asumiendo el control de la diabetes. (2016). Recuperado de http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
- Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2006). Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
- Guía de Práctica Clínica, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. (2014). Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GRR.pdf
- Gómez, I., P. (2010). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en psornas con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería. Recuperada de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Michoacán. (2013). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/Michoacan-OCT.pdf>
- Jiménez, A., Aguilar, C.A., Rojas, R., Hernández, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control en salud pública de México, 55, 137-143. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a10.pdf>
- Martínez., Torres, L., E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*, 17:002, 1-13 https://www.researchgate.net/publication/26575329_Importancia_de_la_familia_en_el_paciente_con_diabetes_mellitus_insulino_dependiente
- Méndez, D., M. Gómez, V., M. García, M., E., Pérez, J., H., Navarrete, A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev. Med Seguro Soc.* 42:4, 1-5 <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
- Navarro, I.M., Guilabert, M., Carillo, I., Nebot, C., Mira, J.J. (2016). ¿Cómo Perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? en san Luis valencia, 39, 133-138. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n1/15_original_breve6.pdf
- Norma Oficial Mexicana 015, (2010). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Norma Oficial Mexicana 030, (2010). Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, y control de la hipertensión arterial sistémica. Diario Oficial dela Federación. ¿Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642/fecha=31/07/2012

- Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Ponce, J., Velázquez, A., Márquez, E., López, L., y Bedillo, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control en las personas con diabetes. *Index Enferm*,18:4, 1-10
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002#bajo
- Programa Nacional de Salud. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf
- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de Atención. (2014). Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf
- Tejada, L., M., Grimaldo, B., E., y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Salud Publica y Nutrición*. 7:1, 1-83
<http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2958/4/LEN1PED00401.pdf>

XI. Anexos

Anexo 1

Instrumento Escala para Estimar el Bienestar Psicológico

1. Total, de desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Acuerdo
4. Ni de acuerdo
5. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
6. Total, acuerdo

Pregunta	1	2	3	4	5	6
1. Estoy contento con cómo me han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos						
3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría						
4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho						
5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante						
11. He construido un hogar y modo de vida a mi gusto						
12. Soy activo al realizar los proyectos que me propongo						
13. Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones						
16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones por sobre las del consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						

23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24. Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a						
25. Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida						
31. Me siento orgulloso/a de quien soy y la vida que llevo						
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí						
33. Cambio mis decisiones si mis amigos o familia están en Desacuerdo						
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias						
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y Crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla						

XI. Apéndices

Apéndice 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Puntaje/ Categorías
Bienestar Psicológico	La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».	La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	<p>Auto aceptación.</p> <p>Relaciones Positivas</p> <p>Autonomía</p> <p>Dominio del entorno</p> <p>Propósito en la vida</p> <p>Crecimiento personal</p>	Cada pregunta se evalúa de 1 al 96, donde del 1 a 24 se considera bienestar psicológico muy bajo. De 25 a 48 bienestar psicológico bajo De 49 a 72 bienestar psicológico bueno. De 73 a 96 muy buena bienestar psicológico.
Diabetes tipo 2	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina.	La diabetes es una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa.	<p>Rangos de la diabetes</p> <p>En ayunas menor de 100 mg/dl.</p> <p>2hrs post carga menor de 140 mg/dl</p>	

Apéndice 2



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO

Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado



Al firmar este documento, Yo _____
, acepto participar en la investigación” Bienestar Psicológico en personas con diabetes tipo 2”, esta investigación estará a cargo de Jennifer Sánchez Sánchez, pasante de la Facultad de Enfermería y será supervisada por la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz.

Explicación del proyecto.

Este es un proyecto de investigación que realizará una pasante de la Licenciatura en Enfermería Jennifer Sánchez Sánchez como parte de una investigación en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en Facultad de Enfermería para obtener el título de Licenciada 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 la invitación a 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 y profesionales de la salud estamos interesados en saber qué nivel de autocuidado tiene 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 A SU Servidor (A) PLE Jennifer Sánchez Sánchez le aplique un cuestionario.

- Cuestionario. Se le proporcionará un cuestionario de 39 preguntas las cuales tendrá un tiempo de 30 minutos para contestar.

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 y los datos de los procedimientos que se le harán, 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.

Retractación. Usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida. 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 la, responsable del estudio PLE Jennifer Sánchez Sánchez a los siguientes teléfonos: 4433453363 al correo electrónico: jenys@live.com.mx o con mi asesora la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz, Tel: 4433370841

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
Investigador

Nombre y Firma del

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo2

Morelia, Michoacán Octubre 2017

Apéndice 3

Cronograma de actividades

Actividades	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Mar	Abr	May
Elección de tema de protocolo de investigación.	■										
Elaboración del protocolo	■	■	■								
Análisis y autorización del protocolo por la comisión de investigación y bioética y la institución de salud				■							
Colecta de datos y medición de variables clínicas.				■	■						
Elaboración de base de datos y captura de información.					■	■	■	■	■		
Análisis estadístico.						■	■	■	■		
Elaboración del reporte de resultados.						■	■	■	■	■	
Defensa de tesis para obtención de grado.											■



Apéndice 4

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
Facultad de Enfermería
Nivel de Autocuidado en personas con diabetes tipo 2
Cédula de recolección de datos

Parte 1.

Peso_____kg Talla_____cm IMC_____

Circunferencia de cintura_____cm

Presión arterial sistólica_____mm/Hg

Presión arterial diastólica_____mm/Hg

Glucosa_____mg/dl

Parte 2.

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

a) Datos sociodemográficos

Edad_____años Género Hombre____ Mujer_____

Escolaridad _____número de años cursados

Trabajo Profesional _____, Obrero____, Hogar____, Comercio____, Campo____,
Otro_____, Jubilado/pensionado____, desempleado____,
estudiante_____

Medicamentos utilizados para su
diabetes_____

¿Se mide su glucosa (azúcar) en su casa) Sí____, No_____

b) Datos sobre la enfermedad

¿Qué enfermedad padece? 1. Diabetes____, 2. Hipertensión____, 3.
Obesidad____, 4. Dislipidemias____, 5. Síndrome metabólico_____

¿Cuánto tiempo tiene de saber de su diabetes? 1. Reciente diagnóstico____, 2. Menos de un año____, 3. De 1 a 5 años____, 4. De 5 a 10 años____, 5. 10 años o más____

c) Datos de redes de apoyo

¿Con quién vive? 1. Pareja____, 2. Hermanos (as)____, 3. Hijos (as)____, 4. Padre o madre____, 5. Nadie____

¿Quién le ayuda en relación a su diabetes? 1. Algún familiar____, 2. Amistades____, 3. Religiosos____, 4. Nadie____

¿La persona que lo ayuda estaría dispuesta a conocer más sobre su padecimiento?

1. Sí____ 2. No____

Si contestó que sí, ¿acudiría a reuniones de capacitación? Sí____, No____

Si contestó que no, ¿Por qué? 1. Trabaja____, 2. Vive en otro lugar____

¿Participa en algún grupo de apoyo a su diabetes?

1. Grupo de Apoyo Mutuo____ 2. Grupo religioso____, 3. Grupo político____ 4. Grupo de adulto mayor____, 5. No____

d) Datos sobre alimentación

¿Cuenta con un plan alimenticio?

1. Sí____ 2. No____

Si contestó que sí, ¿quién lo elaboró? 1. Médico____ 2. Nutriólogo____,

3. Enfermera____ 4. Yo mismo o amigos____

Si cuenta con un plan alimenticio,

1. marque solamente una situación favorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. Bajé de peso____, 2. Me siento relajado____, 3. Mejoraron mis hábitos____, 4. Control de enfermedad____, 5. Apoyo familiar____

2. marque solamente una situación desfavorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. No hay nutriólogo____, 2. No como a mis horas____, 3. Es costoso____,

4. Es fastidioso____, 5. Comer lo que comen todos____, 6. No logro bajar de peso____, 7. No logro modificar hábitos____

e) Psicología

¿Ha recibido apoyo o tratamiento psicológico?

1. Sí ____ 2. No ____

¿Cómo ha manejado sus emociones en relación con su diabetes?

1. Me resisto a mi enfermedad o tratamiento (negación)
2. Me siento enojado (a) cuando me piden que cambie alguna conducta
3. Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento
4. Me siento triste, estresado (a) todo el tiempo
5. Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento

f) Actividad física

¿Realiza algún tipo de actividad física?

1. No ____

2. Sí ____ ¿Qué tipo de actividad física? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo? _____

g) Salud bucal

Hábitos de salud bucal

1. Cepillado dental ____

2. Hilo dental ____

3. Otro

(Anotar la frecuencia de las tres opciones anteriores: 0) Ninguna, 1) Una vez al día, 2) Dos veces al día, 3) Tres veces al día, 4) Más de tres veces)

¿Tiene alguna molestia o síntoma en su boca o dientes?

1. Sí ____

2. No ____



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO
DES DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PLE. Jennifer Sánchez Sánchez
Presente.


Por este conducto se comunica que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación; titulado: **"Bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2"**. La Comisión dictaminó aprobar el protocolo de tesis para que en conjunto con la tutora del proyecto continúen el trabajo.


Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Morelia, Michoacán a 26 de septiembre de 2017.



DRA. MARIA CRISTINA MARTHA REYES


DRA. MAGDALENA LOZANO ZÚNIGA


DRA. MA. DE JESUS RUIZ RECÉNDIZ


DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMÁN


ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA


DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ


DRA. ELIZABETH CALDERÓN CORTÉS

