



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Tesis:

**SUFRIMIENTO ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Que para obtener el título de Licenciado en Enfermería

PRESENTA

P.L.E. CRISTIAN LEÓN ABAD

ASESORA

Maestra en Enfermería AZUCENA LIZALDE HERNÁNDEZ

COASESORA

Maestra en Enfermería MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

Morelia, Michoacán, Febrero 2014

DIRECTIVOS

DRA. ENF. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

Directora de la Facultad de Enfermería

ME RUTH E. PÉREZ GUERRERO

Secretaria Académica

MCE ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

Secretario Administrativo

ASESORA

ME. AZUCENA LIZALDE HERNÁNDEZ

COASESORA

ME. MA. DE JESÚS RUÍZ RECÉNDIZ

VOCAL 1

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS

VOCAL 2

MEM. CESAR JERÓNIMO LÓPEZ CAMACHO

SUPLENTE

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por ser mi fortaleza, mi apoyo y mi guía por que sin Él no hubiese podido culminar. A mi Padre por su gran esfuerzo, apoyo y comprensión por ser el motor que me impulso a seguir adelante; a mi hermano y hermana que son gran parte de mi vida y sobre todo motivación y ejemplo para terminar esta etapa de mi vida profesional; en general a toda mi familia. Tambien agradezco a todos mis amigos, aquellos quienes me dieron un consejo de seguir adelante, siendo grandes ejemplos para mi, como profesionistas y personas formando parte del caminar de mi vida, muchas gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a la Universidad michoacana de San Nicolas de Hidalgo, que desde un principio me recibió brindándome acobijo y sobre todo la oportunidad de formarme y poder terminar esta hermosa y humanística carrera, mi carrera de Licenciado en enfermería .

Mi asesora de tesis la maestra Azucena Lizalde Hernández mis más sincera gratitud quien con sus conocimientos, apoyo y paciencia me hicieron crecer como persona y profesional en todo este proceso.

Mi coasesora de tesis maestra Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz agradezco por todo su gran apoyo, consejos, conocimientos y sobre todo por su amistad que con su motivación en todo momento de lucha y estudio fue posible llevar acabo mi formación y sobre todo en este ultimo gran paso de la mi carrera.

Las y los catedráticos de enfermería y de otras ciencias de esta Facultad de Enfermería perteneciente a la U.M.S.N.H. que aportaron parte de su conocimiento para lograr mi formación, por sus enseñanzas, sus asesorías y paciencia en todo este recorrido de crecimiento.

A la institucion de salud de la ciudad de Morelia Michoacan el “Hospital Dr. Miguel Silva” y en especial a la Lic. en Enf. Elvia Tena jefe de la secretaria de enseñanza de enfermería del mismo, que fueron parte muy importante, para el estudio, permitiendo abordar a los pacientes con Diabetes Mellitus.

A los pacientes que decidieron formar parte de este estudio, que con sus aportes ayudan a fortalecer el conocimiento del cuidado en enfermería.

Índice

Introducción.....	I
Capitulo I	
Planteamiento del problema.....	2
Objetivos	4
Justificación.....	5
Capitulo II	
Marco teórico	16
Capitulo III	
Material y métodos	43
Tipo de estudio.....	43
Diseño metodológico.....	43
Límites de espacio temporales	43
Universo	44
Tamaño de Muestra	44
Variables.....	45
Procedimientos	49
Análisis estadístico	49
Recursos humanos	50
Recursos materiales y financieros.....	50
Consideraciones éticas y legales	51
Capitulo IV	
Resultados	55
Discusión	2055
Conclusiones	2077
Sugerencias	20909
Referencias bibliográficas.....	2111
Anexos.....	2321

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Resumen

Introducción. La enfermera y enfermero proporcionan cuidados a través del Proceso de la Enfermería al individuo familia o comunidad ante problemas de salud reales o potenciales. Son varios los factores relacionados con el control glucémico en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, uno de ellos es la espiritualidad. **Objetivo.** Analizar los niveles de Sufrimiento Espiritual (SE) y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal se realizó en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la ciudad de Morelia, Michoacán. Muestra. 40 Personas con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que se encontraron en los servicios de Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Urgencias y Consulta Externa; se midió el Sufrimiento Espiritual y la Calidad de Vida en las personas. Para medir la CVRS se utilizó el instrumento específico Diabetes 39 (D39) abarcando cinco dimensiones con 39 ítems y para el sufrimiento espiritual se utilizó el instrumento Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian, conformado por dos subescalas Existencial y Espiritual con 20 ítems. **Resultados.** No se encontró Sufrimiento Espiritual en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, sin embargo en un mínimo porcentaje se observó SE y si tienen CVRS. **Discusión.** Las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 tienen Bienestar Espiritual datos que coinciden con los resultados de Gallegos et al, 2008 identificaron Bienestar Espiritual en pacientes con cáncer de mama. La calidad de vida estos datos coinciden con Snoek (2000) que refiere que algunos pacientes experimentan una buena calidad de vida en conjunción con un buen control glucémico, otros pacientes reportan Calidad de Vida Relacionado a la Salud satisfactoria aún con un control glucémico pobre.

Palabras clave: Calidad de Vida Relacionada a la Salud, Sufrimiento Espiritual, Diabetes Mellitus.

SPIRITUAL SUFFERING AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES MELLISTUS

Abstract

Introduction. The nurses gives provide care through the infirmity process to each person, to the family or community to real or potential health problems. There are several factors related to the glycemic control in individuals with type 2 diabetes mellitus, one of them is spirituality. **Objective,** to analyze the levels of spiritual suffering (SS) and the health related quality of life (HRQL) of individuals with type 2 diabetes mellitus (DMT2). **Methodology,** descriptive study, transversalse performed at the general hospital "Dr. Miguel Silva" located at Morelia city, Michoacán. **Sample,** 40 individuals with a medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus, each with internal medicine services, trauma and orthopedics, surgery, urgency and outpatient; was measured the spiritual suffering and the quality of life, to measuring the HRQL instrument diabetes 39 (D39) was used covering five dimensions with 39 items and for measuring the SS the Spiritual well-being scale instrument of Ellison and Paloutzian was used, conformed by two subscales, existential and spiritual with 20 items. **Results,** no SS was found in people with DMT2, however in a small percentage SS was observed and they had HRQL. **Discussion,** the people with DMT2 have Spiritual wellness, data matching results Gallegos, on 2008 they identified Spiritual wellness in patients with breast cancer. The quality of life data are consistent with Snoek (2000) which refers some patients experience a good quality of life in conjunction with good glycemic control. Other patients reported HRQL satisfactory even with poor glycemic control.

Keywords: Health related quality of life, spiritual suffering, diabetes mellitus.

Introducción

Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados mediante el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales, así como la ejecución de acciones en colaboración para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas fisiopatológicas.

Para el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas que presenta la persona, la enfermera recurre a la metodología de la enfermería o proceso de la enfermería, el cual es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

Para proporcionar los cuidados la enfermería utiliza los diagnósticos, definidos como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a los problemas de salud, reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.

Son varios los factores relacionados con el control glucémico en las personas diabéticas y uno que ha cobrado importancia en los últimos años es la espiritualidad. El presente trabajo tiene como propósito analizar el sufrimiento espiritual (SE) y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2).

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

El capítulo dos del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados en cuatro puntos: SE, Diagnósticos de Enfermería, CVRS y DMT2.

El capítulo tres presenta la metodología, detallando los procedimientos y herramientas que permitirán al autor cumplir con el objetivo de la investigación, incluyendo el planteamiento de las consideraciones éticas y legales consideradas para el desarrollo de este estudio tomando como fundamento el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. En el capítulo cuatro se presentan los resultados en cuadros y gráficas con porcentajes, el análisis a través de medidas de tendencia central media mediana y moda. Aquí se incluyen las referencias bibliográficas y se finaliza con los apéndices y anexos.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

El cuidado de enfermería es el objeto de estudio de la disciplina. De acuerdo a Davis "...la esencia del cuidado en enfermería es substancialmente caracterizada como humanizante en tanto que la persona-enfermera está en posibilidades de rescatar en la persona-paciente lo humano que los define a ambos, que los vincula..." Para brindar cuidados a las personas, enfermería utiliza una metodología denominada proceso de enfermería (PE), el cual consta de cinco etapas. La segunda etapa es el diagnóstico de enfermería. (Merck, 1997).

El objetivo de este estudio es identificar el diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual en personas con diabetes mellitus, debido a la importancia que este padecimiento tiene en México y Michoacán.

En México el Programa de acción de Diabetes Mellitus de la Secretaría de Salud estableció como una sus metas "Aumentar años de vida de las personas con diabetes y mejorar la calidad de éstos" (Programa de Acción Específica Diabetes Mellitus, 2008). Por tanto, mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes se convierte en una prioridad para los servicios de salud ya que los cambios en el estilo de vida y el nivel de actividad de las personas que padecen una enfermedad de larga evolución, generan repercusiones en las funciones sociales, familiares y emocionales.

La diabetes genera cambios en la persona, prácticamente desde que recibe este diagnóstico, despertando en ella numerosos sentimientos, reacciones emocionales y fantasías. Diversos sentimientos como tristeza, rabia y susto han sido reportados por las personas después de recibir el diagnóstico, lo que señala la existencia de conflictos psicológicos intensos que aumentan la vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión, ansiedad, incertidumbre ante la enfermedad y sufrimiento espiritual (Péres, Franco y Dos Santos, 2008).

Para cuidar a las personas con diabetes, el profesional de enfermería utiliza el proceso de enfermería. El proceso de enfermería es el método científico que permite aplicar un marco teórico y filosófico de enfermería a la ayuda profesional, ya que es un

servicio humano en que la práctica no sólo incluye aspectos tecnológicos, sino también morales (León, Caballero, y Becerra, 2010).

Para la identificación de diagnósticos de enfermería se utilizan taxonomías, la más utilizada es la NANDA II que incluye trece dominios y uno de ellos es el 10 denominado Principios vitales que contiene el diagnóstico Sufrimiento Espiritual (00066) (NANDA Internacional [NANDA I], 2010). Aunque enfermería ha utilizado el proceso de enfermería desde hace varios años, ha identificado primordialmente diagnósticos de tipo fisiopatológico (Flório y Galvão, 2003).

No obstante que se ha reconocido al sufrimiento espiritual como un elemento importante en la vida de las personas, el profesional de enfermería identifica de manera muy escasa el diagnóstico sufrimiento espiritual, bien por la formación eminentemente positivista que en general recibe o en, muchos casos, porque el propio paciente no permite un acercamiento a esta dimensión de su persona.

Lamentablemente, los estudios que se localizaron sólo identifican diagnósticos de tipo fisiopatológico, por lo que resulta fundamental que enfermería identifique el diagnóstico sufrimiento espiritual, de ser así se fortalecerá el conocimiento de un concepto propio de la disciplina de enfermería que beneficiará a una gran población en el estado y el país. La visibilización de la dimensión espiritual del ser humano permitirá ampliar las estrategias para coadyuvar en el mantenimiento de la salud de los usuarios diabéticos.

Se pretende que esta investigación fortalezca el Cuerpo Académico Educación y Gestión en Ciencias de la Salud en la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento Gestión, Dirección y Liderazgo en el Cuidado de Enfermería. Asimismo, al Cuerpo Académico Estilo de Vida Saludable y la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento Calidad de Vida, Adicciones y Educación.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el sufrimiento espiritual y la calidad de vida relacionada a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2?

Objetivos

General

Analizar el sufrimiento espiritual y la calidad de vida relacionada a la salud en las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Secretaría de Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Específicos

1. Caracterizar a las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la población participante del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Secretaría de Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.
2. Reconocer el diagnóstico sufrimiento espiritual en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Secretaría de Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.
3. Describir la calidad de vida relacionada a la salud en las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Secretaría de Salud de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Justificación

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

Aunque ciertamente algunos autores consideran que la asociación entre religión y espiritualidad aún es inconsistente (Sloan et al, 1999), otros han encontrado que la espiritualidad puede facilitar el ajuste emocional ante la enfermedad (Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsumoto y Bathon, 2003) especialmente en poblaciones hispanas (Dingley y Gayle, 2003).

La importancia de estudiar nuevas variables desde la dimensión espiritual en personas con diabetes mellitus reside en que este padecimiento es un problema de salud pública mundial con una elevada y creciente prevalencia. La Federación Internacional de Diabetes (2011) ha establecido que 366 millones de personas tuvieron diabetes en 2011 y calcula que para el año 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones. En México la Secretaría de Salud estima que la prevalencia se ha elevado hasta el 14.4%, con más de 5 millones de personas mayores de 20 años que padecen esta enfermedad, la cual aumenta con la edad, superando el 20% después de los 50 años.

La afectación por este padecimiento es evidente en diversos indicadores de salud. En el rubro de egresos hospitalarios, los datos muestran que durante el año 2009 la diabetes fue la sexta causa de egresos hospitalarios en mujeres y quinta en hombres en hospitales de referencia. Igualmente se observó a nivel nacional que durante el año 2010 la diabetes se convirtió en la segunda causa de mortalidad hospitalaria. También destaca este padecimiento como la causa más importante de

amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal (Secretaría de Salud, 2008).

A nivel estatal, la Secretaría de Salud del estado de Michoacán de Ocampo reportó que la diabetes fue la segunda causa de mortalidad en edad reproductiva con una tasa de 41.8 por 100 000 habitantes en el año 2011 (Secretaría de Salud de Michoacán, 2012).

Ante estos datos y como parte del tratamiento integral del padecimiento, en tanto parte del equipo multidisciplinario de salud, enfermería se ha ocupado históricamente de la dimensión espiritual del individuo durante su cuidado y coincide en considerar que el sufrimiento espiritual dificulta que la persona haga frente a enfermedades como el cáncer o los padecimientos crónicos debido a que agrava los síntomas físicos y emocionales (Instituto Nacional del Cáncer EEUU, 2012; Chaves, Carvalho, Terra y Souza, 2010).

De esta manera se observa un vacío en la identificación del diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual en personas con diabetes mellitus y los posibles efectos en su salud, encontrándose en la actualidad investigaciones sobre el sufrimiento espiritual (también denominado dolor o angustia espiritual) y las escalas utilizadas para su medición en los casos de personas con cáncer, en tratamiento de quimioterapia, cuidado paliativo, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular y personas mayores, entre otros (Ku, Kuo y Yao, 2010; Chio, Shih, Chiou, Lin, Hsiao y Chen, 2007; Delgado-Guay, Hui, Parsons, Govan, De la Cruz & Thorney, 2011; Abbas & Dein, 2011; McGrath, 2003; Chaves et al, 2010; Chaves, Carvalho, Beijo, Goyata y Pillon, 2011; Chow y Nelson-Becker, 2010; Monod, Rochat, Büla, Jobin, Martin y Spencer, 2010; Monod, Martin, Spencer, Rochat, y Büla, 2012).

Puntunet et al (2012) realizaron un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en 2008 cuyo objetivo fue la identificación de los diagnósticos de enfermería (DE) más frecuentes en la persona con afección cardiovascular con una muestra por conveniencia de n=667 Se realizaron valoraciones de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”

y se eliminaron aquellas donde no se registró el DE o éste era ilegible. Análisis de datos en Excel 2003 con frecuencias y porcentajes. Resultados: del total de valoraciones 54% corresponden al sexo masculino. Necesidad alterada de mayor frecuencia: oxigenación con 68%. Se obtuvieron un total de 113 etiquetas diagnósticas, 81% pertenecen a NANDA y 19% redactadas en formato: Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PESS). El insomnio, riesgo de caída y deterioro de la movilidad física fueron las etiquetas más frecuentes encontradas en el paciente cardiópata. Para la necesidad de oxigenación, las etiquetas más frecuentes son: patrón respiratorio ineficaz (35.7%) y deterioro del intercambio gaseoso (31.8%). Como conclusión se encontró que las etiquetas diagnósticas se encuentran directamente relacionadas con las manifestaciones clínicas cardiovasculares y son aplicables para el desarrollo de los planes de cuidado de enfermería. Y también que existe una correspondencia directa de la entidad clínica cardiovascular con el deterioro de la necesidad de oxigenación y seguridad.

De Oliveira et al (2011) realizaron estudio descriptivo con el objetivo de analizar los registros de los títulos de diagnóstico y las acciones de enfermería prescritas por enfermeros en las fichas de pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva de Adultos. Muestra de 44 fichas e identificación de 1087 diagnósticos y 2260 acciones de enfermería. Después de la exclusión de repeticiones se encontró 28 diferentes títulos de diagnóstico y 124 diferentes acciones de enfermería. Veinte y cinco títulos de diagnóstico están relacionados a las necesidades humanas psicobiológicas y tres a las necesidades psicosociales. Todas las acciones de enfermería fueron mapeadas a las necesidades psicobiológicas y también a las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Se obtuvo 100% de concordancia entre los expertos en el proceso de validación del mapeo realizado, tanto de los títulos de diagnóstico como de las acciones de enfermería.

Rodrigues et al (2011) realizaron un estudio de la complejidad que tiene el ser humano, con los límites de la finitud del ser humano que entra en disonancia, siendo relevantes el sufrimiento físico, mental y espiritual, pudiendo este último ser tan perturbador como el físico y, a veces, menos tolerable. El sufrimiento espiritual

aparece por la pérdida del significado y del sentido de la vida, de la esperanza, y se refleja en el dolor espiritual. Ya que se necesita un sentido para vivir, en paralelo se construye un sentido para el enfrentamiento de la muerte, empleando como herramienta la espiritualidad. La espiritualidad en la última etapa de la vida tiene importancia pues favorece la capacidad del ser humano en elevarse a la trascendencia como forma de superar o mitigar el sufrimiento o el dolor espiritual.

De Mattia et al (2010) realizaron estudio descriptivo, exploratorio, con método cualitativo y rasgo no empírico, cuyo objetivo fue identificar los DE según la Taxonomía II de la NANDA, en la Sala de Recuperación Post-Anestésica (SRPA). Muestra constituida por 30 enfermos adultos, sometidos a cirugía selectiva, con anestesia general y evaluación de las condiciones físicas con la Society of Anesthesiologists (ASA 1). Campo de estudio fue la SPRA, con 8 camas en ciudad de Santos, Brasil. Los datos fueron colectados a través de un instrumento estructurado, con datos referentes al sexo, edad, diagnóstico médico, intervención anestésico quirúrgica, tiempo quirúrgico, tiempo anestésico, signos vitales incluyendo verificación de la tensión arterial en la internación, índices de Aldrete Kroulik y complicaciones como náusea, vómito y dolor. Tras el análisis fueron identificados los DE, siendo los de mayor frecuencia la hipotermia, náusea y dolor agudo.

Chaves et al (2010) realizaron estudio que tuvo por objetivo identificar y validar las características definitorias del DE sufrimiento espiritual. Fue utilizado el marco metodológico de Fehring para validación clínica del DE. La investigación se realizó en una clínica de hemodiálisis, la muestra fue de 120 pacientes con enfermedad renal crónica. Los datos fueron recolectados por dos enfermeros especialistas, por medio de entrevistas. La prevalencia del diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual fue de 27.5%. Se constató que las características definitorias más frecuentes fueron: expresa alteración de comportamiento: rabia, es incapaz de expresar creatividad, cuestiona sufrimiento y expresa alienación. La validación clínica de sufrimiento espiritual contribuyó para el refinamiento de ese diagnóstico y su identificación.

Brito et al (2009) realizaron una investigación cuyo objetivo fue priorizar los DE utilizados en atención primaria según su frecuencia y su importancia. Estudio

transversal observacional descriptivo mediante encuesta distribuida a dieciocho enfermeras de dos zonas básicas de salud. Resultados principales: se obtuvo un listado de diagnósticos prioritarios para la atención que incluía: dolor agudo, manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de infección, dolor crónico, desequilibrio nutricional por exceso, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de caídas, riesgo de glucemia inestable y cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Se destaca la prioridad que han dado los participantes a los problemas biofísicos y se hace evidente la dificultad para la identificación y abordaje de problemas psicosociales. El análisis de los datos se realizó tras el vaciado de las encuestas en tablas sumando los valores de frecuencia y de importancia (entre 0 y 5, siendo 0 el mínimo valor y 5 el máximo) de los diagnósticos señalados por las enfermeras que realizaron las encuestas.

Lira et al (2009) realizaron un estudio con objetivo analizar la asociación estadística entre DE identificados en pacientes con trasplante renal y sus factores socio-económicos. Estudio transversal realizado en un hospital universitario. Se identificaron 38 DE. Diez diagnósticos presentaron frecuencias superiores al porcentaje 75 %: Riesgo de infección, percepción sensorial perturbada: visual, Modelo de sueño perturbado, Nutrición desequilibrada: por exceso, Fatiga, Disfunción sexual, Percepción sensorial perturbada: audición, Dolor agudo, Modelos sexuales ineficaces y Riesgo de desequilibrio nutricional: más de lo necesario.

Brito y colaboradores (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la frecuencia de aparición de un grupo de diagnósticos de NANDA psicosociales sobre el total de historias informatizadas con DE. Estudio descriptivo transversal realizado mediante exploración de datos de las historias de salud informatizadas. Muestra: historias de salud informatizadas con DE. Procedimiento: analizar la frecuencia de los 39 diagnósticos sobre el total de la muestra y agrupar los diagnósticos estudiados por clases del dominio psicosocial. Resultados principales: etiquetas NANDA psicosociales más frecuentes fueron: mantenimiento inefectivo de la salud (5.6%), ansiedad (3.6%) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (1.5%). Al agruparlas por clases, las más frecuentes fueron las clases conducta y emocional y las menos frecuentes las clases

autopercepción y afrontamiento. Conclusiones. Existe un déficit importante de registro de problemas NANDA psicosociales en las historias de salud informatizadas de atención primaria.

Casares et al (2008) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los diagnósticos de enfermería de adultos con cáncer en tratamiento en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Santander. Estudio observacional y transversal en el que se valoraron 90 adultos en tratamiento oncológico. Se aplicó un formato de tamizaje para DE con las características definitorias de la NANDA II. Posteriormente se hizo valoración focalizada para establecer el DE. Se consideró positivo cuando se encontraron al menos dos características definitorias, o una de riesgo. Los datos fueron sistematizados y se calcularon las prevalencias con índice de confianza (IC95%). Resultados: se identificaron 142 diagnósticos. La mayor prevalencia correspondió a riesgo de lesión 94% (IC 95% 88-98), la siguen conocimientos deficientes 92% (índice de confianza 95% 85-97), riesgo de infección 91% (índice de confianza 95% 84-96), patrón sexual inefectivo 84% (índice de confianza 95% 77-92), disposición para mejorar el régimen terapéutico 84% (IC 95% 76-91), conductas generadoras de salud, disposición para mejorar la comunicación y déficit de actividades recreativas, cada uno con 78% (índice de confianza 95% 68-85). Conclusiones. Los diagnósticos más prevalentes recayeron en riesgos, déficit y disposición para mejorar.

Almeida et al (2008) realizaron un estudio trasversal histórico cuyo objetivo fue identificar los diagnósticos de enfermería (DE) en ancianos hospitalizados y compararlos con el tiempo de hospitalización y cuidados prescritos. Análisis de historias clínicas de pacientes con edad de 60 años internados en los servicios de un hospital universitario. Resultados: 14 a 17 días de hospitalización en promedio, 1665 historias analizadas, los cuatro DE de NANDA prevalentes entre los 62 identificados fueron: Déficit en el Autocuidado-baño/higiene, Alteraciones en la Nutrición-menor a la que el cuerpo humano requiere, Riesgo de Infección y Patrón Respiratorio Ineficaz. Conclusión: se identificaron cuatro DE con sus respectivos cuidados.

Gallegos et al (2008) realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar el bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama, en la fase de orientación a

través de la relación enfermera-paciente. Tuvo como metodología que es un estudio descriptivo, transversal, con 25 pacientes, se utilizó cuestionario basado en Facit-SP-12, que forma parte de la evaluación funcional en terapia oncológica en relación con calidad de vida, con una confiabilidad de 0.89. Se obtuvo como resultados que el 88% de las pacientes presentó bienestar espiritual bueno y regular 12%. Es así como se interpretaron que el reconocimiento de implicaciones psicológicas y sociales de enfermedades crónicas ha dado lugar a que los profesionales establezcan objetivos de atención relacionado con comunicación efectiva entre cuidadores de la salud y el paciente. La mayoría de las personas presentaron bienestar espiritual bueno, y la relación interpersonal permitió explorar y comprender creencias valores y actitudes, con la finalidad de conducir a la salud, como cualidad dinámica que permite la experiencia potencial del bienestar físico y social, que confiere la oportunidad de vivir bien y en armonía.

Whetsell et al (2005) realizaron un estudio que tuvo la finalidad de investigar la relación entre niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud en una población mexicana de adultos mayores de 65 años. El proyecto se basó en el Modelo de Adaptación de Roy, el Modelo de Pollock (fortaleza relacionada con la salud) y el de Reed (bienestar espiritual). El estudio tuvo como diseño tipo descriptivo correlacionar, la muestra fue probabilística y se hizo al azar. La muestra (n=160) tuvo un nivel de significancia de 0,05 para una diferencia media de 1,6, un efecto de tamaño y potencia de 80. Los instrumentos fueron la Escala de Fortaleza Relacionada con la Salud, y la de Bienestar Espiritual, y presentaron un alfa de 0.80 y 0.97 respectivamente. Utilizaron la Regresión Lineal Múltiple para investigar el efecto de las variables demográficas sobre el bienestar espiritual. La edad media de los sujetos fue de 73.9 (DE=4.3), el 62.5% fueron mujeres. El coeficiente de correlación entre el bienestar espiritual y la fortaleza relacionada con la salud fue significativo, los niveles más altos de bienestar espiritual tienen niveles igualmente elevados de fortaleza relacionada con la salud. El sexo, la edad, la educación y el estado civil mostraron una relación positiva con los niveles de bienestar espiritual ($p<,005$). Las mujeres mostraron un nivel mayor de bienestar espiritual que los hombres.

Da Silva V y colaboradores (2004) realizaron estudio trasversal que tiene como objetivo el establecer el patrón de diagnósticos de enfermería y de problemas colaboradores en niños portadores de cardiopatías congénitas. Muestra 22 niños hospitalizados. Se utilizó instrumento de colecta elaborado con base en los trece dominios de la taxonomía II de la NANDA. No se incluyeron dominios como 6 Autopercepción, 8 Sexualidad y 10 Principios de vida por su difícil comprobación en la población estudiada. Proceso de elaboración de diagnósticos de enfermería siguió las etapas establecidas por Gordon. Los DE con mayor prevalencia fueron: intolerancia a la actividad en el 86.4% de los casos, limpieza ineficaz de las vías aéreas 72.7%; crecimiento y desarrollo retardados 68.2%, desequilibrio nutricional: menor requerimiento que las necesidades corporales 68.2%, patrón respiratorio ineficaz 68.2%, hipertermia 50% e interrupción de los procesos familiares 50%. Los problemas colaboradores de mayor frecuencia fueron complicaciones potenciales: disminución de la función cardíaca 77.3%, efectos adversos de la terapia medicamentosa 68.2% y neumonía 50%. Los resultados presentados resaltan la importancia de realizar investigaciones para DE y problemas colaboradores.

Pérez y colaboradores (2004) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la utilización de los DE en particular y del PE en general por parte de las enfermeras del área, y definir los DE con mayor prevalencia en atención primaria (AP). Estudio descriptivo trasversal, realizado en los 39 equipos de atención primaria del Área 11 de Madrid durante el año 2001. Se diseñaron indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos y se revisaron los registros específicos de DE de todos los profesionales para la evaluación cuantitativa y una muestra de 1918 historias para la evaluación cualitativa. Se obtuvo como resultados que el 75.5% de las enfermeras han realizado algún DE y que el total de DE identificados ha sido de 5129, lo que supone una media de 13.8 por profesional, y un elevado porcentaje pertenece a la esfera biológica del individuo. Se alcanzó un cumplimiento del 78.6% en el indicador "calidad global", que evalúa la utilización de las distintas etapas del PE. Los DE más utilizados en este estudio fueron 105, de los cuales el 90.5% figura como etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA y el 9.5% son diagnósticos diferentes a dicha clasificación. Sin

embargo, los DE no NANDA se han utilizado prácticamente de manera puntual, ya que el porcentaje de utilización sobre el total de DE sólo alcanza el 0.38%.

Flório y colaboradores (2003) realizaron la identificación de los DE en el período peri operatorio del paciente ambulatorio quirúrgico. Los datos fueron recolectados en el servicio de cirugía ambulatoria de hospital con un instrumento previamente validado. Muestra de 30 pacientes adultos sometidos a cirugía de diferentes especialidades médicas con anestesia regional o general. Después de la recolección se realizó la identificación de los DE, se utilizó el proceso de raciocinio diagnóstico descrito por Risner y la construcción de las categorías diagnósticas tuvo como referencia la taxonomía de la NANDA y el estudio de Carpenito. Se identificaron 15 diagnósticos y los que obtuvieron una frecuencia igual o mayor a 50% fueron: ansiedad, riesgo para infección, riesgo para lesión por posicionamiento peri-operatorio y dolor.

Rodriguez y colaboradores (2003) identificaron DE y plan de cuidados en usuarios hospitalizados con problemas cardiológicos. Estudio descriptivo y retrospectivo, con una muestra de 164 pacientes sometidos a estudio electrofisiológico (EEF), sobre las 164 historias clínicas de pacientes sometidos a EEF. Recogida de datos con registros de enfermería existentes. A partir de los datos se identificaron los DE y las complicaciones potenciales existentes y se elaboró el plan de cuidados estandarizados, siguiendo el modelo de Carpenito y utilizando la taxonomía NANDA. Resultados: se identificaron 8 DE de los cuales 5 eran de riesgo (temor, dolor, riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidados, riesgo de lesión y riesgo de alteraciones de la membrana mucosa oral) y 7 complicaciones potenciales (obstrucción de canales sanguíneos, hemorragias, arritmias, shock anafiláctico, bloqueo, formación de hematomas y retención urinaria).

Rodriguez y colaboradores (2002) realizaron estudio para determinar la prevalencia de la alteración de las 14 necesidades de Virginia Henderson en una unidad de hospitalización pediátrica y cuantificar los DE vinculados a cada necesidad e identificar la relación entre sexo y edad. Estudio observacional y descriptivo, muestra constituida por 176 los informes de alta de enfermería. Resultados: las necesidades y los diagnósticos más prevalentes fueron: evitar peligros (90.9%) con los diagnósticos

asociados de riesgo de traumatismo (82.4%) y riesgo de infección (66.5%), mantener temperatura adecuada (68.8%), con el diagnóstico de hipertermia (56.8), respirar (48.9%), con limpieza ineficaz de la vía aérea (29%) y riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea (13.6%).

Las investigaciones encontradas en las bases de datos consultados confirman que enfermería continúa identificando Diagnósticos de Enfermería de tipo biologicistas, por ello resulta vital que enfermería incluya dentro de su cuidado la dimensión espiritual, por lo que el primer paso para lograrlo es la identificación del diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual. Las investigaciones consultadas contribuyeren a ésta investigación dando sustento a la importancia del estudio de la calidad de vida y la relación con el bienestar espiritual o sufrimiento espiritual, los autores coinciden que el profesional de enfermería ha enfocado el cuidado a las dimensiones biológicas y poco se ha abordado en la dimensión espiritual.

Adicionalmente, se pretende que los resultados obtenidos fortalezcan planes de cuidado dirigidos a la persona diabética y su familia mediante intervenciones y actividades de la dimensión espiritual con metas claramente establecidas para su control y la mejora de su calidad de vida, trabajando de manera multidisciplinaria en los servicios de salud.

CAPÍTULO II

Marco teórico

El capítulo dos del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados por diagnóstico de enfermería, clasificación de diagnósticos, sufrimiento espiritual, diabetes mellitus tipo 2, diagnóstico, tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, control glucémico en diabetes mellitus tipo 2.

Diagnóstico de enfermería

Desde 1973 a 1984, los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA fueron desarrollados por grupos de enfermeras invitadas a participar en las conferencias nacionales. En estas conferencias, enfermeras con distintas experiencias clínicas y educativas colaboraron para identificar y describir los problemas de enfermedad que podían diagnosticar y tratar. Estas enfermeras arrancaban de su experiencia clínica o de la literatura relacionada para identificar los fenómenos clínicos que se producían en los diferentes estados de salud y, a continuación, desarrollaban las características definitorias para describir estos estados (Carpenito, 1995).

El proceso de generación y de aceptación de los diagnósticos de enfermería cambio en 1984, cuando la NANDA estableció un comité de revisión de diagnósticos para crear un proceso de revisión y aprobación de los cambios propuestos a la lista de diagnósticos aprobada estados (Carpenito, 1995).

Avant (1990) describió la necesidad de aplicar tanto el arte como la ciencia al desarrollo de los diagnósticos de enfermería. En primer lugar, es necesaria una fuerza creativa para estimular la exploración de conceptos y el desarrollo de denominaciones diagnósticas ingeniosas y estructuras taxonómicas. A continuación viene la necesidad de validar sistemáticamente los conceptos, los diagnósticos de enfermería y las estructuras taxonómicas. (Carpenito, 1995).

Diagnóstico de enfermería

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja” (Lyer,1997) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuestas del individuo, familia y comunidad (Rodríguez, 2006).

Algunas definiciones de diagnostico de enfermería son las siguientes:

- Una función independiente de la enfermería es la evaluación de las respuestas personales de un cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedades, infortunios u otras tensiones (Bircher, 1975).
- Problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, estan capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon, 1982).
- Un juicio clínico respecto a un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos; proporciona las bases para describir un tratamiento definitivo que es la responsabilidad de la enfermera (Shoemaker, 1984).

Diagnóstico de enfermería según la NANDA. Un DE es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales. El diagnostico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos a los que la enfermera es responsable. (NANDA, 2007).

Datos recopilados durante la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones⁸⁷ en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente y se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente (Poteer, 2002).

Los pasos de la etapa de diagnóstico incluyen el razonamiento diagnóstico, la formulación de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, la validación y el registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes (Rodríguez, 2006).

El razonamiento de diagnóstico es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro, 1999). La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales e integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir durante el razonamiento son:

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aportó la valoración, incluyendo los recursos.
- Analizar y agrupar todos los datos significativos que se relacionan y realizan las deducciones correspondientes.
- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- Determinar si las enfermeras tienen “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable” (Alfaro, 1999) de la predicción, prevención y tratamiento del problema. Cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es no es un problema interdependiente.
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnóstico de enfermería), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema) (Rodríguez, 2006).

Para la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la NANDA y la estructura

que deben tener los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

Clasificación de diagnósticos

- Diagnóstico real. Describe respuestas humanas a procesos vitales y estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Sus componentes son etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.
- Diagnóstico de riesgo. Describe respuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Tiene únicamente factores de riesgo y etiqueta diagnóstica.
- Diagnóstico de salud. Describe respuestas humanas a nivel de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar (Morán y Mendoza, 2010).

Validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda planearse las siguientes preguntas: ¿La información recolectada del usuario/familia fue suficiente?, ¿El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta?, ¿Las deducciones realizadas fueron acertadas?, ¿La identificación del diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes fue correcto?, ¿Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías de la NANDA?, ¿Para asignar el nombre a la respuestas fisiopatológicos se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?, ¿Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identifico? y, finalmente, ¿La estructura de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes se apego a lo establecido. (Lyer, 1993).

Funcionalmente, la etapa de diagnostico de enfermería es la finalización concreta de la primera fase del Proceso de Enfermería. Se considera la piedra angular

o eje central del proceso y la debe realizar un enfermero (a) con experiencia clínica. (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

Diagnosticar implica emitir un juicio e identificar unos problemas o unos recursos basándose en las evidencias obtenidas en la valoración de acuerdo a Caballero, Becerra y Hullin (2010). El diagnóstico es el estudio cuidadoso y crítico de algo para determinar su naturaleza. En 1953, V. Fry introdujo el término diagnóstico de enfermería para describir un paso necesario en el desarrollo de un *plan de cuidados de enfermería*.

Hay dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas:

- 1- El DE requiere competencias en los dominios intelectuales, interpersonal y técnico
- 2- El DE requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.

Componentes del diagnóstico

Los componentes del DE que han sido descritos por NANDA-I 2008 son los siguientes:

- Etiqueta
- Definición
- Características definitorias
- Factores de riesgo
- Factores relacionados

Etiqueta o enunciado diagnóstico. Corresponde a la nomenclatura del problema o estado de salud de una persona, familia o comunidad, es decir, proporciona el nombre al diagnóstico

Definición. Para etiquetar es necesario asignarle un nombre al problema de salud que la persona puede presentar. Generalmente, el enunciado tiene una definición

diagnóstica que proporciona una descripción clara y precisa, que delinea el significado del diagnóstico y ayuda a diferenciar diagnósticos similares.

Características definitorias. Son las claves observables que se agrupan como manifestaciones en un DE real o de bienestar.

Factores de riesgo. Son los factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable. Se detectan por signos, informes verbales o atributos contextuales que indican un problema potencial o situación de riesgo. (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

Factores relacionados. Son aquellos que parecen mostrar algún patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados o relacionados con contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

Los factores relacionados o factores de riesgo sirven para dirigir u orientar las intervenciones y actividades con el fin de aminorar la causa o favorecer una respuesta humana en caso de un diagnóstico de salud. (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

Definición de taxonomía II NANDA – I

La taxonomía es el estudio teórico de la clasificación sistemática, incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. La organización NANDA I ha contribuido de manera significativa al desarrollo de un sistema conceptual para clasificar los diagnósticos insertos en una taxonomía multiaxial, que considera 7 ejes que proporcionan igual número de formas para llegar a un juicio clínico de enfermería (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

Orígenes y desarrollo de la taxonomía

Durante la década de 1970 comenzó a evidenciarse el uso del lenguaje estandarizado NANDA, que define el DE, como un “juicio clínico sobre respuestas humanas que proporciona la base para seleccionar las intervenciones para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable” (NANDA, 1999).

En 1989 se publicó la taxonomía I, que constaba de nueve dimensiones o patrones, de los cuales sólo una incluía los problemas biológicos o fisiológicos, mientras que el resto dependía del área emocional y psicológica.

En 2001 fue publicada la taxonomía NANDA, que contribuyó de forma significativa al desarrollo y refinamiento de los diagnósticos de enfermería.

La última edición publicada es la del 2008, que contempla cinco nuevos diagnósticos enfermeros y la revisión de otros tres. En esa edición en la clasificación nacían 175 diagnósticos enfermeros, una taxonomía II con trece dominios y 47 clases.

Importancia de la taxonomía II NANDA –I

La labor principal de la NANDA es direccionar la unificación del lenguaje para la formulación de los diagnósticos de enfermería. Esta asociación estudia en forma constante las determinaciones y perfección del lenguaje en cuanto a los diagnósticos enfermeros en busca de la universalidad de la semántica profesional. Esto permite, en la práctica diaria, que cualquier enfermero o enfermera, ya sea que trabaje en un contexto intrahospitalario, extra hospitalario, con adultos o niños, graves o sanos, puedan utilizar el mismo lenguaje. Esto permite establecer claramente el rol profesional y facilita el proceso de investigación, ya que se cuenta con datos comunes. . (Caballero, Becerra y Hullin, 2010, pag.196).

ESTRUCTURA DE LA TAXONOMÍA II

En la taxonomía II cada dominio se compone de clases que incluyen los conceptos diagnósticos.

Se entiende por dominio los trece niveles más abstractos de esta estructura taxonómica. Para cada uno de ella emana un grupo de clases de respuesta humanas.

Estos dominios son:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Eliminación

- Actividad/reposo
- Percepción/cognición
- Autopercepción
- Rol/relaciones
- Sexualidad
- Afrontamiento
- Principios vitales
- Seguridad/protección
- Confort
- Crecimiento y desarrollo

Las clases corresponden a la agrupación de la definición diagnóstica, que se generan a partir de las respuestas humanas de una persona, de la familia y de la comunidad. (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

NIVELES DE LA TAXONOMÍA II

Tiene tres niveles, además de dominios, clases y DE. Esta división en niveles permite ubicar la problemática del usuario de manera más operativa, puesto que se divide en subcategorías al interior de la clasificación.

La taxonomía II es multiaxial y consta de siete ejes, de los cuales surgen los dominios, clases y conceptos diagnósticos.

Estos ejes sirven para identificar enunciados diagnósticos en las situaciones clínicas, considerando la etiqueta diagnóstica (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

Sufrimiento espiritual

Un concepto estrechamente relacionado con la espiritualidad es el bienestar espiritual, definido como el estado general de salud espiritual que se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior). En ausencia de este significado, se genera lo que se ha denominado distrés o sufrimiento espiritual, caracterizado por sentimientos de vacío y desesperanza. De tal modo que el estado

que resulta cuando el individuo es privado de satisfacer sus necesidades espirituales es definido como sufrimiento espiritual por Ross citado por Sánchez (2010) y por Bartel (2004).

Ante este deterioro del bienestar espiritual se puede originar en la persona un continuum de desequilibrio espiritual con niveles de intensidad o gravedad que van desde la preocupación espiritual, el ya mencionado SE y la desesperación espiritual en el que la preocupación espiritual representa el nivel más bajo de desequilibrio espiritual y la desesperación el más alto (U.S. Government Department of Defensa, s.f.). Greenstreet (2006) por su parte, establece que la espiritualidad puede ser representada como un continuum de las necesidades espirituales en el que el bienestar espiritual y su asociación con la salud se encuentran en un extremo, y el sufrimiento espiritual asociado con la desesperación en el otro. Cherny (2010) incluye la angustia espiritual y la desmoralización en este continuum, aunque otros autores cuestionan si el bienestar espiritual realmente representa el polo opuesto del SE.

En virtud de que el SE no ha sido estudiado a profundidad, resulta difícil diferenciar conceptualmente entre dolor (pain), sufrimiento (suffering) y angustia (distress) espiritual, por lo que habitualmente en la literatura consultada, especialmente en idioma inglés, los tres términos son empleados como equivalentes (Delgado-Guay et al., 2011), aunque ya existen intentos para diferenciarlos (McGrath, 2002). En la revisión bibliográfica realizada se encontró que Heyse-Moore (1996), McGrath (2002) y Mako, Galek, y Poppito (2006) utilizan el término dolor espiritual, Chio (2008) y Cherny (2010) prefieren hablar de sufrimiento espiritual, en tanto que Chow y Nelson-Becker (2010), así como Abbas y Dein (2011) adoptan la expresión angustia espiritual. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I [NANDA Internacional]) incluye el diagnóstico “Spiritual Distress” que es traducido al español como la etiqueta diagnóstica “Sufrimiento Espiritual”, término que se utilizará para fines de este estudio aun considerando las diferencias lingüísticas (NANDA-I, 2010).

El diagnóstico enfermero o de enfermería es definido por la NANDA-I (2010) como un “juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”. La NANDA-I incluyó desde

1978 el diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual y sufrió modificaciones en su estructura con el cambio que realizó la NANDA-I de la Taxonomía I a la II en el año 2002. Es definido como el “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo” (NANDA-I, 2010, p.298).

El diagnóstico de enfermería SE contiene características definitorias, definidas por la NANDA-I (2010) como “claves observables o inferencias que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real...” y se estructuran de la siguiente manera: “Conexión con el yo, conexión con los otros, conexión con el arte, la música, la literatura y la naturaleza, y finalmente, conexión con un poder superior al yo”. (NANDA-I, 2010, p.298).

La característica definitoria Conexión con el yo incluye:

- Cólera.
- Expresión de falta de aceptación.
- Expresión de falta de coraje (*sic*).
- Expresión de falta de perdón para sí mismo.
- Expresión de falta de esperanza.
- Expresión de falta de significado en la vida.
- Expresión de falta de propósito en la vida.
- Expresa falta de serenidad (p. ej., paz).
- Culpa.
- Afrontamiento deficiente.

La característica definitoria Conexión con los otros incluye

- Expresa alineación.
- Rechaza las interacciones con personas significativas.

- Rechaza las interacciones con los líderes espirituales.
- Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte.

La característica definitoria Conexión con el arte, la música, la literatura, la naturaleza, está constituida por:

- Falta de interés por la naturaleza.
- Falta de interés en la lectura de literatura espiritual.
- Incapacidad para expresar un estado previo de creatividad (p. ej., cantando, escuchando música, escribiendo).

La característica definitoria Conexión con un poder superior al yo incluye

- Expresa sentirse abandonado.
- Expresa sentir cólera hacia Dios.
- Expresa desesperanza.
- Expresa sufrimiento.
- Incapacidad para la introspección.
- Incapacidad para experimentar la trascendencia.
- Incapacidad para participar en actividades religiosas.
- Incapacidad para orar.
- Solicitud para ver a un líder religioso.
- Cambios súbitos en las prácticas espirituales. (NANDA-I, 2010, p.298).

Los factores relacionados muestran un patrón de relación con un diagnóstico de enfermería. La NANDA-I (2010) los describe como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores de (NANDA-I, 2010). Para el diagnóstico SE los factores relacionados son los siguientes:

- Proceso de agonía.
- Ansiedad.

- Enfermedad crónica.
- Muerte.
- Cambios vitales.
- Soledad.
- Dolor.
- Autoalineación.
- Alineación social.
- Deprivación sociocultural. (NANDA-I, 2010, p.298).

La literatura consultada evidencia otras definiciones de SE. Heyse-Moore (1996) explica que el dolor espiritual es considerado como una parte del dolor total junto con el dolor físico, mental y social y señala que el SE (spiritual distress) puede ser revelado a través del cuerpo, la mente, los sentimientos o el espíritu debido a que éstos están íntimamente relacionados.

Millspaugh (2005) considera como equivalentes el dolor y el SE; y lo plantea con los siguientes componentes en diferentes grados y relaciones al formar parte de un proceso dinámico experimentado por la persona.

Dolor o sufrimiento espiritual =	<p>(Conciencia de la muerte + la pérdida de relaciones + la pérdida de uno mismo) (Pérdida de propósito + pérdida de control)</p> <p>(Afirmación de la vida y propósito de trascender + sentido interno de control)</p> <p style="text-align: right;">(Millspaugh, 2005: p.195)</p>
----------------------------------	---

De acuerdo a Mako et al., (2006) el dolor espiritual es definido como “un dolor profundo en su ser que no es algo físico” y puede ser identificado a través de tres maneras: como un conflicto intrapsíquico, como una pérdida o conflicto interpersonal o, bien, en la relación de la persona con lo divino.

McGrath (2002) considera que la persona experimenta dolor espiritual cuando la negatividad del sufrimiento alcanza un estado doloroso que le conmueve. Hace hincapié en el aspecto de desconexión de la vida en la persona y no tanto de conflicto o falta de armonía, en el que la sensación de vacío y falta de sentido creado por la desconexión que provocan factores como bienestar físico, vinculación a la identidad y pérdidas existenciales y relacionales se convertirían en antecedentes del dolor espiritual.

Musi (2003), afirma que el SE (suffering) es un constructo más amplio que el dolor espiritual, al incluir la percepción de la amenaza a la intangibilidad de la persona como un todo y sugiere escribir y pensar en términos de sufrimiento espiritual.

El SE por tanto, se produce cuando el significado, el valor y las relaciones que aseguran la auténtica humanidad están seriamente amenazados. La falta de resultados en el SE se pueden confundir con los síntomas de depresión clínica, aunque es pertinente diferenciar que el SE no responde a la medicación antidepresiva (Greenstreet, 2006).

El Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA, 2000) en Estados Unidos define el SE como una interrupción en la creencia o sistema de valores. Esto afecta a la persona en todo su ser y sacude las creencias básicas que uno tiene en la vida.

Matters (2010) señala que las características del SE son desesperanza, impotencia, ira, culpa/sentirse maldito y desconexión/miedo (p.120). Para este autor las personas con SE informan de su situación a través de signos y síntomas como retirada, ansiedad, negación, apatía, enojo, irritabilidad, angustia emocional y dificultad para morir (p.120).

A pesar de que la experiencia espiritual no es capaz de ser medida científicamente, se requieren herramientas que evalúen las necesidades espirituales que permitan describir la expresión externa de esta experiencia (Greenstreet, 2006). Así que con el fin de tener una medida que se pretende sea lo más objetiva posible de la espiritualidad así como la religiosidad (creencias y prácticas) se han desarrollado, diseñado y validado una gran cantidad de instrumentos, algunos de ellos son Spiritual Assesment in Clinical Practice, Hearth Hope Index, Spiritual Well-Being Scale,

Religious Orientation Inventory, Spiritual Perspectives a Scale, Self-Transcendence Scale, Intrinsic/extrinsic measurement: I/E-revised, Index of Core Spiritual Experiences, Religionus Coping Index, The Spirituality Scale, The Spirituality Index of Well Being, The SpREUK questionnaire, Spiritual Coping Strategies, Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad, RCOPE, entre otros (Matters, 2010; Quiceno, 2009).

No obstante que se ha reconocido al SE como un elemento importante en la vida de las personas, el profesional de enfermería identifica de manera muy escasa el diagnóstico SE, bien por la formación eminentemente positivista que en general recibe o en, muchos casos, porque el propio paciente no permite un acercamiento a esta dimensión de su persona (Cásares et al., 2009; Brito et al., 2009; De Mattia et al., 2004; Olivera et al., 2011).

Investigaciones recientes, aunque de manera aislada, intentan medir el SE. Monod et al., (2010) realizaron un modelo del SE a partir del cual diseñaron un instrumento específico para este constructo (Spiritual Distress Assessment Tool) (Monod et al., 2012). Chaves et al., (2010) lo hicieron de tres maneras: utilizando las características definitorias del diagnóstico de enfermería en población brasileña con insuficiencia renal, la propia expresión del paciente y la utilización de escalas de espiritualidad y bienestar espiritual. Delgado-Guay et al., (2011) utilizaron también la propia expresión del paciente por medio de la pregunta ¿Usted cree que tiene dolor espiritual ahora y cómo lo calificaría en general? Evaluando la intensidad del dolor espiritual a través de una escala de 0 (ningún dolor) hasta 10 (el peor dolor). Por su parte Mako et al., (2006), a partir de una definición de dolor espiritual y tres preguntas, evaluaron la intensidad del dolor con escala de 11 puntos; además, identificaron tres diferentes maneras en que el paciente percibe el dolor: como un conflicto intrapsíquico, pérdida o conflicto interpersonal y en la relación con lo divino.

Como se puede apreciar para medir el SE los investigadores han optado por utilizar escalas que miden bienestar espiritual y la propia percepción de la persona sobre la presencia o ausencia del SE. Cuando se han utilizado escalas de bienestar espiritual, consideran los valores más bajos para estimar la presencia del SE.

Lamentablemente, las dos escalas que miden el SE elaboradas por enfermeras no se encuentran disponibles en español, por lo que se decidió que en esta investigación se medirá el SE utilizando la escala de Bienestar Espiritual elaborada por Ellison y Paloutzian y validada al español, en donde un bienestar espiritual negativo o bajo, de 10 a 20 puntos de acuerdo a los puntos de corte establecidos por los autores, se considerará SE.

Calidad de vida relacionada a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2. Diversos autores coinciden en señalar que las personas con diabetes mellitus tienen una peor CV que las personas sin enfermedad crónica pero una mejor CV que la mayoría de las personas con otras enfermedades crónicas graves (Rubin, 1999; Shojaeizadeh, Mohammad, Nakhjavani, y Ghofrani, 2003; Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain, y Díez, 2007; Kamarul, Ismail, Naing, y Wan, 2010; Mata, Roset, Badia, Antoñanzas y Ragel, 2003), aunque también es necesario resaltar que otros estudios no han encontrado resultados que demuestren esta asociación (Miranzi, 2008; Salazar, 2007; Salazar 2009; UKPDS, 1998; UKPDS 37, 1999), lo que ha sido atribuible, en algunos casos, al uso de instrumentos genéricos que miden bienestar general y no instrumentos específicos para diabetes diseñados para medir la calidad de vida relacionada a la salud.

A partir de diversas investigaciones, se han definido los factores que intervienen en la presencia de una peor CV en las personas con DMT2. El factor inicial lo constituye el hecho de recibir el diagnóstico de diabetes, generando sentimientos como tristeza, rabia, choque y susto lo que señala la existencia de conflictos psicológicos intensos que aumentan la vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad, así como presencia de incertidumbre ante la enfermedad (Peres, 2008).

Una vez realizado el diagnóstico de diabetes la persona debe aprender a vivir con un padecimiento que le acompañará a lo largo de la vida y que se acompañará en incontables casos con la presencia progresiva de complicaciones que producen una afectación física que se extiende a las dimensiones psicológica, social, emocional y espiritual.

De manera habitual se han estudiado las afectaciones en el funcionamiento físico, psicológico y social. En el primer caso Polonsky estableció tres factores que perjudican la CV de las personas diabéticas: el desarrollo de complicaciones a largo plazo que impide al paciente funcionar de forma independiente o de trabajar por la pérdida de la visión, daño renal, cardiopatías, amputación o dolor crónico por la neuropatía periférica (Benbow, 1998; Coffey, 2002; Grauw, 1999; Gregg, 2000; Ken Redekop, 2002; Rubin, 1999; Sakamaki, 2006). El segundo factor son las complicaciones a corto plazo debido a hiperglicemias crónicas que aumentan la fatiga, los trastornos del sueño e infecciones más frecuentes, así como las consecuencias ocasionadas por un control glucémico estricto tales como el aumento de peso no deseado o hipoglicemias. El tercer factor a considerar está relacionado con los síntomas físicos y los cambios de estilo de vida originados por el tratamiento de la enfermedad (Huang, 2007), entre ellos el uso de medicamentos debido a los efectos colaterales como el empleo de insulina, restricciones a la dieta (Jacobson, 1994) o auto-monitoreo de la glucosa (Franciosi, 2001).

Las afectaciones en el funcionamiento psicológico están dadas por el impacto en el estado de ánimo de la persona debido a las exigencias del tratamiento y la sintomatología que la enfermedad produce. Igualmente, niveles crónicamente elevados de glucosa pueden conducir a la fatiga persistente que originan o agravan estados de ánimo deprimidos. La depresión y la ansiedad han sido ampliamente estudiadas por su efecto negativo en la CVRS de los diabéticos (Egede, 2010; Goldney, 2004; Grandy, 2008; Papelbaum, 2010; Schram, 2009; Vicente, 2008).

El funcionamiento social de las personas diabéticas se aprecia en la cantidad y calidad de sus relaciones ya que los cambios que el padecimiento ocasiona influyen en sus hábitos diarios. Por una parte, la persona puede sentirse aislada por estos cambios, bien debido a la presión familiar/social para mantener un régimen terapéutico o para no acatarlo cuando se opone con las exigencias sociales (Polonsky, 2000).

Adicionalmente, diversos factores han sido estudiados en asociación de la CVRS en diabéticos, entre ellos predictores psicológicos individuales y sociales tales como autoeficacia, locus externo, afrontamiento evitativo y relación personal de salud-

paciente (Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, y Ponce de León Rosales, 2005; Oviedo Gómez, 2007; Rose, 2002;); género (Cárdenas-Villarreal, 2005; Mata, 2003), duración de la enfermedad (Ramos, 2011), variables demográficas como nivel educativo bajo, ser soltero, la relación marital, nivel económico y edad (Eljedi, 2006; Issa, 2006; Papadopoulos, 2007); y, de manera importante se ha documentado la presencia de obesidad, enfermedad cardíaca e hipertensión (Hwee-Lin, 2005; Ken Redekop, 2002).

Otro factor a considerar al analizar la CVRS de las personas diabéticas es el CG (Aghamollaei, 2003; Lau, 2004), aunque en este sentido resulta importante mencionar que diversos estudios realizados que investigaron la asociación entre CV y CG reportan resultados considerados contrastantes, ya que personas con mal CG se perciben con buena CV. Como ya se señaló, estos resultados se atribuyen a factores técnicos como el empleo de instrumentos de medida de CV genéricos o instrumentos que miden salud percibida y que no tienen la especificidad o sensibilidad de los instrumentos específicos; otro factor que a considerar es la complejidad de las reacciones del ser humano (Lau, 2004).

La elección de los instrumentos más los factores individuales de quien vive el padecimiento probablemente han influido para que grandes estudios prospectivos no encontraran efectos adversos del tratamiento en la CVRS (UKPDS, 1998).

Snoek (2000) distingue cuatro combinaciones en la CVRS que han sido observadas en las personas diabéticas. Algunos pacientes experimentan una buena CV en conjunción con un buen CG, otros pacientes reportan CVRS satisfactoria aún con un CG pobre. En este caso, las personas de este grupo pueden encontrarse en la etapa de negación de la enfermedad lo que les permite, temporalmente, disfrutar de la vida sin preocuparse del tratamiento. Finalmente, algunas personas diabéticas refieren mala calidad de vida a pesar de mantener un control glucémico adecuado, lo que ha sido relacionado con la carga que implica para la persona el auto manejo del padecimiento.

Para medir la CVRS se utilizan instrumentos que son clasificados en genéricos y específicos (López, 2005). Los instrumentos genéricos son aplicables a cualquier tipo

de población sin tener en cuenta la posible enfermedad que la afecte, si está sometida a distinto tratamiento o si pertenece a distintos subgrupos culturales o sociales. Los instrumentos específicos valoran áreas de interés primordial e incluyen aspectos de la CVRS que son relevantes para los pacientes que se quieren estudiar. Estos instrumentos pueden ser específicos para una enfermedad (diabetes, insuficiencia renal), para un grupo de población determinado (ancianos), para funciones concretas (dormir, función sexual) o para un problema concreto como puede ser el dolor (López, 2005).

Snoek (2000) refiere que en el año 1999 se habían publicado más de 300 artículos en idioma inglés con la temática de la CVRS en personas diabéticas. La literatura refleja el trabajo de diversos investigadores y organismos que han realizado revisiones de los instrumentos genéricos y específicos utilizados para medir la CVRS con este padecimiento (Aguiar, 2008; Garratt, 2000; Garratt, 2002; Melchiors, 2004a; Melchiors, 2004b; Oxford, 2006; Polonsky, 2000; Sánchez, 2010).

En la diabetes, algunos dominios relevantes de los instrumentos de CVRS incluyen síntomas de angustia, funcionamiento físico general, mental, emocional y social, así como la carga percibida por el régimen terapéutico, la satisfacción con el tratamiento recibido y la sensación general de bienestar (Snoek, 2000).

Los instrumentos genéricos más adoptados en la medición de la CVRS de las personas diabéticas son The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey/SF-36, SF-12, Sickness Impact Scale, Health Utilities Index, Quality of Well-Being Scale y EuroQol-EQ-5D (Aguiar, Vieira, Carvalho, y Montenegro-Junior, 2008; Garratt, Schmidt, y Fitzpatrick, 2002; Melchiors, Correr, Rossignoli, Potarolo, y Fernández-Limós Parte I, 2004; Patient-Report Health Instruments Group Oxford, 2006).

En el caso de los instrumentos específicos para la diabetes, algunos de ellos son Appraisal of Diabetes Scale, Audit of Diabetes-Dependent Quality of life/ADDQoL, Diabetes 39/D-39, Diabetes Health Profile/DHP, Diabetes Quality of Life Measure/DQOL, Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire/DQLCTQ, Diabetes Care

Profile/DCP, Problems Areas in Diabetes/PAID (Aguiar, Vieira, Carvalho, y Montenegro-Junior, 2008; Garratt, Schmidt, y Fitzpatrick, 2002; Melchior, Correr, Rossignoli, Potarolo, y Fernández-Limós Parte II, 2004; Patient-Report Health Instruments Group Oxford, 2006; Sánchez Téllez, y Gijón, 2010).

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

Diabetes mellitus

Definición, clasificación y contexto epidemiológico

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos. (Guía ADAL 2008)

Esta enfermedad supone actualmente una amenaza para el bienestar individual y de los gobiernos al ser no sólo grave sino costosa debido al gran número de personas que la padecen. De acuerdo a los datos de la IDF, el número de personas con diabetes fue estimado en 245 millones en 2007, 285 millones en 2010 (International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 4th edn. Brussels, Belgium:

International Diabetes Federation, 2009), con una prevalencia de 6.6%, frente a los 366 millones en el año 2011 con proyecciones de llegar a 7.7% y 439 millones de adultos en 2030 (Global estimates DC, 2010).

Los datos disponibles en 2011 reportan que cada siete segundos muere una persona con diabetes y la tasa anual de mortalidad es ahora de 4.6 millones. En Latinoamérica la ALAD calculaba en 2010 la existencia de alrededor de 15 millones de personas con diabetes mellitus (DM), ocupando uno de los primeros 10 lugares como causa de mortalidad en la población adulta (Guía ADAL 2008).

El reporte de la IDF para México en 2010 mostró que el número de personas de 20 a 79 años de edad con DM fue de 6.8 millones, esperando un incremento que llegaría a 11.9 en el año 2030 (<http://archive.diabetesatlas.org/es/content/powerpoint-presentation>). La DM también ocupa el primer lugar en número de defunciones por año en las que las tasas de mortalidad en ambos sexos presentan una tendencia ascendente desde hace varios años, con 29 554 muertes en el año 2008 y una tasa de 42.6 por 100 000 habitantes (Sinais, 2008).

La expresión DM por si sola no define a la enfermedad, pero en la práctica, cualquier trastorno que eleve la glucosa plasmática después del ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus y por ello, diversos organismos han reconocido la necesidad de estandarizar criterios de definición, diagnóstico, clasificación y tratamiento. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la diabetes mellitus como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la insulina secreción, acción de la insulina, o ambas cosas. (ADA, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasa y proteína resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambas. (OMS, 1999)

En México, la Norma Oficial Mexicana 015 define a la diabetes mellitus como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados

variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (NOM 015, 2010).

La clasificación propuesta por la ADA considera cuatro clases clínicas: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos específicos de diabetes (debido a defectos genéticos de las células B, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedad del páncreas, endocrinopatías o diabetes inducida por drogas o sustancias químicas). (ADA, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2012). La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona.

Diagnóstico

Aunque durante décadas el diagnóstico de la diabetes estuvo basado en los criterios de la glucosa en plasma, ya sea glucosa plasmática en ayuno (FPG por sus siglas en inglés Fasting plasma glucose) o la prueba de la tolerancia a la glucosa (OGTT por sus siglas en inglés Oral glucose tolerance test) a las 2 horas con 75 g, para el año 2009, un Comité Internacional de Expertos que incluyó a representantes de la ADA, la FID, y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), recomendó el uso de la prueba de A1C para el diagnóstico de la diabetes, con un umbral de >6.5%, siendo adoptado por la ADA este criterio en 2010 y por la OMS en 2011. (OMS, 2012).

Aunque revisiones recientes han mostrado que aún valores de HbA1c entre 5.5-6.5% se han asociado con un riesgo significativamente mayor para el riesgo de DM (DC, A1c level and future systematic review, 2010), actualmente los criterios para el diagnóstico de diabetes son los siguientes: HgA1C de $\geq 6.5\%$, glucosa plasmática en ayuno de 8 horas de ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l), prueba de la tolerancia a la glucosa de ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las 2 horas con carga inicial de glucosa de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua o en pacientes con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis

de hiperglicemia una glucosa plasmática al azar de ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l). (ADA, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2012).

En México el protocolo establecido por la Secretaría de Salud para el diagnóstico de DM requiere la presencia de cualquiera de los siguientes criterios: glicemia plasmática de ayuno ≥ 126 mg/dl, glicemia en la muestra de 2 horas durante una curva de tolerancia a la glucosa (75 g) ≥ 200 mg/dl y glicemia plasmática tomada en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dl y síntomas compatibles con hiperglucemia (NOM 015, 2010; Protocolo Clínico SS, 2008; Guía ADAL, 2008).

Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2

La terapéutica de la DMT2 comprende el tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento farmacológico incluye el uso de hipoglucemiantes orales e insulina, bien desde el momento del diagnóstico o en toda persona que no haya alcanzado las metas glucémicas con los cambios terapéuticos en el estilo de vida. En México los fármacos más utilizados en el manejo de la DM son las sulfonilureas (glibenclamida, glipizida, glicazida y glimepirida), biguanidas (metformin), tiazolidinadiona (rosiglitazona, pioglitazona), meglitinidas, inhibidores de alfa glucosidasa, agonistas y moduladores de iabetes Atlas 4ª ed). Algunos otros fármacos ya se encuentran disponibles aunque son de alto costo, entre ellos los agonistas del receptor GLP-1 y los inhibidores de la DPP-4 (ADA, 2012).

Diversas organizaciones han elaborado guías o algoritmos con recomendaciones para facilitar el manejo farmacológico de las personas con DM (GPC, 2008). Recientemente la ADA sugiere iniciar la terapia con metformina en el momento del diagnóstico de DM junto con cambios en el estilo de vida, a menos que la metformina está contraindicada. (ADA, 2012).

Adicionalmente, resulta de gran trascendencia para el tratamiento integral de la DM la inclusión por parte de la ADA del cuidado psicosocial a las personas con este padecimiento (ADA, 2012).

Control glucémico en Diabetes mellitus Tipo 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos (Guía ADAL, 2008).

La expresión DM por si sola no define a la enfermedad, pero en la práctica, cualquier trastorno que eleve la glucosa plasmática después del ayuno tiende a denominarse diabetes mellitus y por ello, diversos organismos han reconocido la necesidad de estandarizar criterios de definición, diagnóstico, clasificación y tratamiento. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la diabetes mellitus como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la insulina secreción, acción de la insulina, o ambas cosas (ADA, 2012).

La OMS describe a la DM como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasa y proteína resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambas. (OMS, 1999)

En México, la Norma Oficial Mexicana 015 define a la diabetes mellitus como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (Secretaría de Salud, 2010).

La clasificación propuesta por la ADA considera cuatro clases clínicas: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes mellitus gestacional y otros tipos específicos de diabetes (debido a defectos genéticos de las células B, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedad del páncreas, endocrinopatías o diabetes inducida por drogas o sustancias químicas) (ADA, 2012). La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero

adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona.

Aunque durante décadas el diagnóstico de la diabetes estuvo basado en los criterios de la glucosa en plasma, ya sea glucosa plasmática en ayuno (FPG por sus siglas en inglés Fasting plasma glucose) o la prueba de la tolerancia a la glucosa (OGTT por sus siglas en inglés Oral glucose tolerance test) a las 2 horas con 75 g, para el año 2009, un Comité Internacional de Expertos que incluyó a representantes de la ADA, la FID, y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), recomendó el uso de la prueba de A1C para el diagnóstico de la diabetes, con un umbral de $>6.5\%$, siendo adoptado por la ADA este criterio en 2010 y por la OMS en 2011 (ADA, 2012; Internacional Expert Committe, 2009; OMS, 2011).

Aunque revisiones recientes han mostrado que aún valores de HbA1c entre 5.5% - 6.5% se han asociado con un riesgo significativamente mayor para el riesgo de DM (Zhang, 2010), actualmente los criterios para el diagnóstico de diabetes son los siguientes: HgA1C de $\geq 6.5\%$, glucosa plasmática en ayuno de 8 horas de ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l), prueba de la tolerancia a la glucosa de ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las 2 horas con carga inicial de glucosa de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua o en pacientes con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis de hiperglicemia una glucosa plasmática al azar de ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (ADA, 2012).

En México el protocolo establecido por la Secretaría de Salud para el diagnóstico de DM requiere la presencia de cualquiera de los siguientes criterios: glicemia plasmática de ayuno ≥ 126 mg/dl, glicemia en la muestra de 2 horas durante una curva de tolerancia a la glucosa (75 g) ≥ 200 mg/dl y glicemia plasmática tomada en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dl y síntomas compatibles con hiperglucemia (Guía ADAL, 2008; Secretaría de Salud, 2008; Secretaría de Salud, 2010).

La historia natural de la DM incluye situaciones que comprometen el control en los pacientes y condicionan la presentación de complicaciones agudas y crónicas. Cuando la persona diabética mantiene una hiperglucemia crónica se asocia con daño a

largo plazo, disfunción, y el fracaso de diferentes órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

En México la Secretaría de Salud ha definido como parte del manejo óptimo general la inclusión de una detección oportuna, el diagnóstico temprano y el mantenimiento de un control metabólico ambulatorio, así como una referencia oportuna a una unidad médica de segundo o tercer nivel de atención cuando esté indicado (Secretaría de Salud, 2008).

El riesgo para el desarrollo de eventos microvasculares se incrementa con un nivel de HbA1C >7% y aumenta mientras esta sea mayor; igualmente, el riesgo para el desarrollo de eventos macrovasculares se incrementa con un nivel de HbA1C >7% y con la presencia de hipertensión, dislipidemia y obesidad. (Secretaría de Salud, 2008). Un objetivo del tratamiento de la DMT2 en adultos es disminuir la hemoglobina glucosilada por debajo de 7%. Otras metas recomendadas para el control integral de la glucemia son: glucosa preprandial capilar: 70-120 mg/dl (3.8-6.6 mmol/l), glucemia postprandial <140 87.7 mmol/l) (Consenso ALAD, 2010). Para el control glucémico se debe solicitar glucosa plasmática en ayuno, glucosa a las dos horas postprandial y hemoglobina glucosilada HbA1c. La Secretaría de Salud señala la importancia de favorecer el auto-monitoreo del paciente, con la determinación de glucemia capilar, para un mejor control metabólico.

Por ello, para lograr un buen control de la DM las organizaciones internacionales han recomendado alcanzar metas establecidas cada vez más estrictas para minimizar el riesgo de complicaciones. A manera de resumen, las metas de tratamiento para el control glucémico están contenidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Metas de tratamiento para el control glucémico según el consenso de diversos organismos internacionales.

Parámetro	ADA*	IDF**	ALAD***
HbA1c	5.7-6.4%	<6.5%	<6%
Glucosa plasmática	100-125 mg/dl	<110 mg/dl	<100 mg/dl

preprandial (FPG)

Glucosa plasmática
posprandial (OGTT)

140-199 mmg/dl

<145 mg/dl

<140 mg/dl

*ADA Diab Care, 2012, **IDF Guía Global para la D2, 2005, ***ALAD Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de DM2, 2008.

CAPÍTULO III

Material y métodos

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

Tipo de estudio

En relación con el enfoque es un proyecto cuantitativo porque se hizo la “recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y comprobar teoría”. En relación con el alcance este es un estudio exploratorio y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Es exploratorio porque la variable SE ha sido poco estudiada y no existen instrumentos específicos para medirlo. Fue descriptivo porque trata de especificar propiedades, características y rasgos importantes del SE y la CVRS. El diseño fue no experimental porque no se realizó manipulación de las variables sino que sólo se observaron en su ambiente natural para posteriormente analizarlas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Diseño metodológico

Este protocolo de investigación se consideró no experimental, transversal porque sólo se recolectaron los datos en un solo momento del 28 de agosto al 12 de septiembre de 2013. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Límites de espacio temporales

Tiempo: Junio y Enero de 2014.

Lugar: Se contempla la unidad de segundo nivel de atención: Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Universo

La población de estudio fueron personas adultas con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 que se encontraron en la unidad de segundo nivel de atención mencionada previamente de los servicios Urgencias, Cirugía, Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia y Consulta Externa. En el año 2012 se tuvo un ingreso de 118 personas con DMT2.

Tamaño de Muestra

La muestra fue de 40 personas que se tomaron en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de los Servicios de Salud de Michoacán (SSM) de la ciudad de Morelia, Michoacan, mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia durante dos semanas.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para los participantes.

Criterios de inclusión:

- Fueron incluidas en el estudio personas entre 20 años y 70 años de edad.
- Personas con diagnóstico médico de DMT2.
- Personas con por lo menos un año de diagnóstico de la enfermedad.
- Personas que se encontraron hospitalizadas en los servicios de Traumatología y Ortopedia, Cirugía, Medicina Interna y en el servicio de Urgencias con un mínimo de 24 horas de estancia en la unidad de segundo nivel de atención con los siguientes diagnósticos principales de ingreso: agudas (estado hiperosmolar, cetoacidosis, hipoglicemia y deshidratación), crónicas (necrobiosis, crisis hipertensiva, enfermedad vascular, cardiopatía isquémica, neuropatía diabética, retinopatía diabética) e infecciosas (infección en vías urinarias o procesos infecciosos de vías superiores).
- Personas que acudieron a Consulta Externa.
- Personas que aceptaron participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Personas que no presentarán DMT2.
- Personas con diagnóstico actual de enfermedad psiquiátrica (no incluye depresión).
- Personas con diagnóstico principal de ingreso de insuficiencia renal crónica y en terapia sustitutiva de riñón (diálisis peritoneal o hemodiálisis) por complicación de la DMT2.
- Personas con diagnóstico principal de ingreso de neumonía, tuberculosis, VIH/SIDA, cáncer, atención obstétrica y quirúrgica relacionada con DM.
- Personas con tratamiento de psicofármacos.

Variables

Variable Independiente: Sufrimiento espiritual.

Variable Dependiente: Calidad de vida relacionada a la Salud.

Sufrimiento espiritual

Es el deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo (NANDA-I, 2010).

Calidad de vida relacionada a la salud

Para la variable dependiente CVRS se utilizará el instrumento específico Diabetes 39 (D39) elaborado en 1997 por Boyer y Earp el cual fue adaptado transculturalmente y validado al español hablado en México (Yucatán). Abarca cinco dimensiones de la vida de la persona con diabetes: Energía / Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad / preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual exploradas con 39 ítems y utilizando una escala de tipo analógica visual de 7 puntos donde 1 equivale a “No afectó para nada”, y 7, a “Afectó tremendamente”. Para cada pregunta la persona

marcará con una “X” para indicar el nivel de concordancia con el ítem. El instrumento incluye dos ítems más: uno que mide la percepción que la persona diabética tiene de su CV como un todo y otro que mide la percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes. Utilizan una escala de Likert de 7 puntos donde 1 equivale a “La calidad más alta”, y 7, a “La más baja calidad”. Se considerará que a menor puntaje mejor calidad de vida y a mayor puntaje peor calidad de vida. Se clasificará la CVRS en tres categorías: bueno, regular y malo.

La CVRS se medirá de la siguiente forma:

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

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

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

- Edad. Tiempo vivido por una persona que cubre el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento. Se medirán en años y meses. Se solicitará fecha de nacimiento.
- Género. Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres humanos. Se registrará como femenina o masculina.
- Estado civil. Condición que guarda cada persona en relación con quien comparte su vida, pudiendo estar o no avalado por la ley.
- Escolaridad. Total de cursos académicos realizados por una persona.

- Ocupación. Trabajo o dedicación que una persona decide tener en la vida con un fin gratificable económico o no.
- Con quién vive. Personas con las que comparte su casa, familiares o no.
- Religión. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social.
- Tiempo de diagnóstico de la diabetes. Duración de la enfermedad desde que fue detectada por estudios de laboratorio.
- Complicaciones de la diabetes. Dificultades derivadas de la enfermedad a nivel micro y macrovascular.
- Práctica religiosa y espiritual. Es un medio utilizado por una persona en que aplica su mente y su inteligencia para conseguir bienestar espiritual, incluye las prácticas rituales como la oración, meditación, etc.
- Participación en grupos de apoyo para el control de la diabetes. Conjunto de personas que comparten el mismo problema (la diabetes) para mejorar su situación social y colectiva. Se dan información e intercambian experiencias y también se dan apoyo emocional.

Nivel Socioeconómico (NSE). Es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.

Conceptualización y operacionalización de variables. Ver Cuadro 1 y 2 (Apéndice A).

Instrumentos

Sufrimiento espiritual

Para la variable independiente sufrimiento espiritual se utilizó el instrumento Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian conformado por las subescalas Existencial y Espiritual, cada una de ellas con 10 ítems. Los puntos de corte establecidos por los autores consideran puntajes bajos como bienestar espiritual negativo, por lo que se considerará Sufrimiento Espiritual cuando se obtenga un puntaje de 10 a 20 en las subescalas Existencial y Espiritual y, sumando el puntaje de

ambas, de 20 a 40 en el Sufrimiento Espiritual General. Se medirá y clasificará de la siguiente forma:

1. El participante contestó el instrumento, con apoyo del encuestador. El tiempo requerido es de 10-15 min.
2. Los puntajes obtenidos en las subescalas se sumaron para obtener el Sufrimiento Espiritual General. El Sufrimiento Espiritual se clasificó con los siguientes puntajes para las subescalas y para el total.

Subescala / Categoría	Sufrimiento Existencial	Sufrimiento Religioso	Sufrimiento Espiritual General
Bajo	• 1-10	• 1-10	• 1-20
Alto	• 11-20	• 11-20	• 22-40

La Escala de Bienestar Espiritual fue elaborada por Craig Ellison y Ray Paloutzian en 1983. El Bienestar Espiritual es medido a partir de la percepción de la persona en dos dimensiones: Dimensión Existencial o transversal (hacia sí mismo y hacia los demás) y Dimensión Religiosa o vertical (hacia Dios, un ser o una fuerza superior). La subescala de Bienestar Religioso es medida con 10 ítems utilizando una escala de Likert de seis puntos donde 1 equivale a “Totalmente en desacuerdo”, y 6, a “Totalmente de acuerdo”. La subescala de Bienestar Existencial es medida con 10 ítems empleando una escala de Likert de seis puntos donde 1 equivale a “Totalmente en desacuerdo”, y 6, a “Totalmente de acuerdo”. El Bienestar Espiritual General es dado por ambas dimensiones. Existe una versión en español validada en población hispano-americana. El instrumento demostró buena fiabilidad para las subescalas y para la escala general. En cuatro estudios con test-retest entre 1-10 semanas la subescala RWBS presentó coeficientes de 0,96, 0,99, 0,96, y 0,88. Para la subescala EWBS, los coeficientes de fiabilidad fueron 0,86, 0,98, 0,98 y 0,73. Para la escala total los índices de consistencia interna variaron de 0,89 a 0,94. (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991). La validez de contenido del instrumento fue buena, siendo un buen indicador general del bienestar y es especialmente sensible a la falta de bienestar. Las

dos subescalas se correlacionan positivamente en el concepto positivo de sí mismo, sentido de propósito en la vida, salud física y ajuste emocional. Las subescalas del instrumento también presentan una correlación negativa con la mala salud, la inadaptación emocional y la falta de propósito en la vida (Bufford, Paloutzian y Ellison, 1991).

A fin de garantizar la validez de criterio de la escala, es decir, el grado en que las medidas con el instrumento se asemejan a las obtenidas con un método de referencia, y en virtud de que en la dimensión espiritual no existen medidas o patrones de referencias (gold standard), se le dará a conocer el concepto de Sufrimiento espiritual al participante y se le solicitará su percepción sobre si tiene o no el diagnóstico mediante una escala dicotómica de Sí (presencia) y No (ausencia).

Procedimientos

Tras la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se solicitó permiso a las autoridades del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de los Servicios de Salud de Michoacán (SSM) de la ciudad de Morelia, Michoacan para su realización. Después de obtenerla, se aplicaron los instrumentos.

Para la selección de participantes se identificarán a las personas que acudan a la consulta externa, cirugía, urgencias, medicina interna y traumatología y ortopedia que cumplieran con los criterios de inclusión, se les abordó y se brindó la información del objetivo del estudio y se solicitó su participación en él. Se acordó con la persona el momento para la aplicación de los instrumentos y en ese momento se solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado (Apéndice B).

Análisis estadístico

Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 19. Se hizo uso de la estadística descriptiva, la cual permitió conocer las características de los participantes del estudio a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, media, mediana y moda así como medidas de variabilidad.

Se determinó la confiabilidad de la escala por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Obteniendo una fiabilidad Alfa de Cronbach de .885 en el instrumento Sufrimiento Espiritual y .956 para el instrumento D39 Calidad de Vida.

En virtud de que la muestra fue no probabilística a conveniencia no fue posible calcular con precisión el nivel de confianza de la estimación.

Recursos humanos

Responsables: Cristian León Abad.

Asesora: ME. Azucena Lizalde Hernández.

Coasesora: ME. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Recursos materiales y financieros.

Ver Apéndice D.

Se presenta un cronograma en donde se muestran las actividades realizadas, así como la duración total del estudio. (Apéndice E)

Consideraciones éticas y legales

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

De igual manera, el investigador se comprometió a contar con el consentimiento informado de los participantes de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, explicitando su capacidad para participar en el proyecto libremente y sin coacción alguna (Artículo 20), los objetivos de la investigación, los procedimientos ya señalados previamente, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación e información actualizada obtenida de la misma, retirar su consentimiento en cualquier momento sin que existan modificaciones en la atención que recibe en la unidad de salud, la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán de los cuestionarios, los cuales se mantendrán en absoluta privacidad (Artículo 21); el investigador también respetará lo establecido en el Artículo 22 al elaborar el consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la Comisión de Ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital General "Dr. Miguel Silva de la Secretaría de Salud de Michoacán, indicando los nombres y direcciones de dos testigos, incluyendo su firma así como la del participante o, en caso de que no supiere firmar, imprimir la huella digital firmando a su nombre otra persona designada por él. Se garantiza también que el consentimiento informado no se solicitó hasta en tanto el proyecto de investigación no sea aprobado por los Comités de Investigación y Ética (Artículo 99 fracciones I y III y Artículos 109 y 111) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Así mismo, el investigador respetó lo señalado en el Capítulo V en los Artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes considerados cautivos por recibir atención en el área de hospitalización, por lo que se garantizó que los resultados de la investigación no serán utilizados en su perjuicio y el investigador se responsabilizó de observar las reacciones presentadas por el participante posterior a la aplicación de los cuestionarios, a fin de identificar síntomas de tristeza, ansiedad o preocupación que requieran intervención en crisis, para lo cual se solicitará apoyo a los departamentos o servicios de psicología de las unidades de salud ya mencionadas para realizar intervención de crisis, a fin de garantizar en todo momento el bienestar de los participantes.

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

CAPÍTULO IV

Resultados

Resultados de variables sociodemográficas

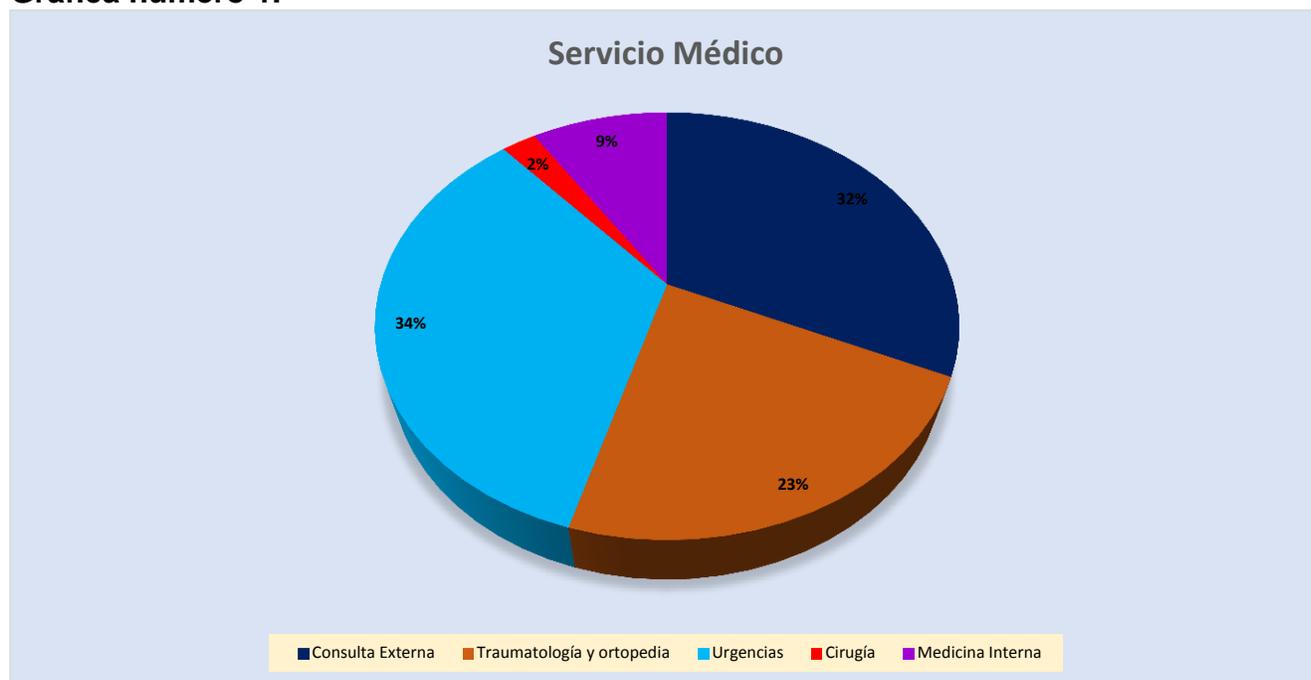
Cuadro número 1.

Servicio médico		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.34
Mediana		2.00
Moda		3
Desv. típ.		1.219
Varianza		1.486
Rango		4
Mínimo		1
Máximo		5
Suma		103

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2 se encontró que la mayoría fueron pacientes que se encontraron en el servicio de urgencias, con una moda de 3 (urgencias), y una mediana de 2.00 y una media de 2.34.

Gráfica número 1.



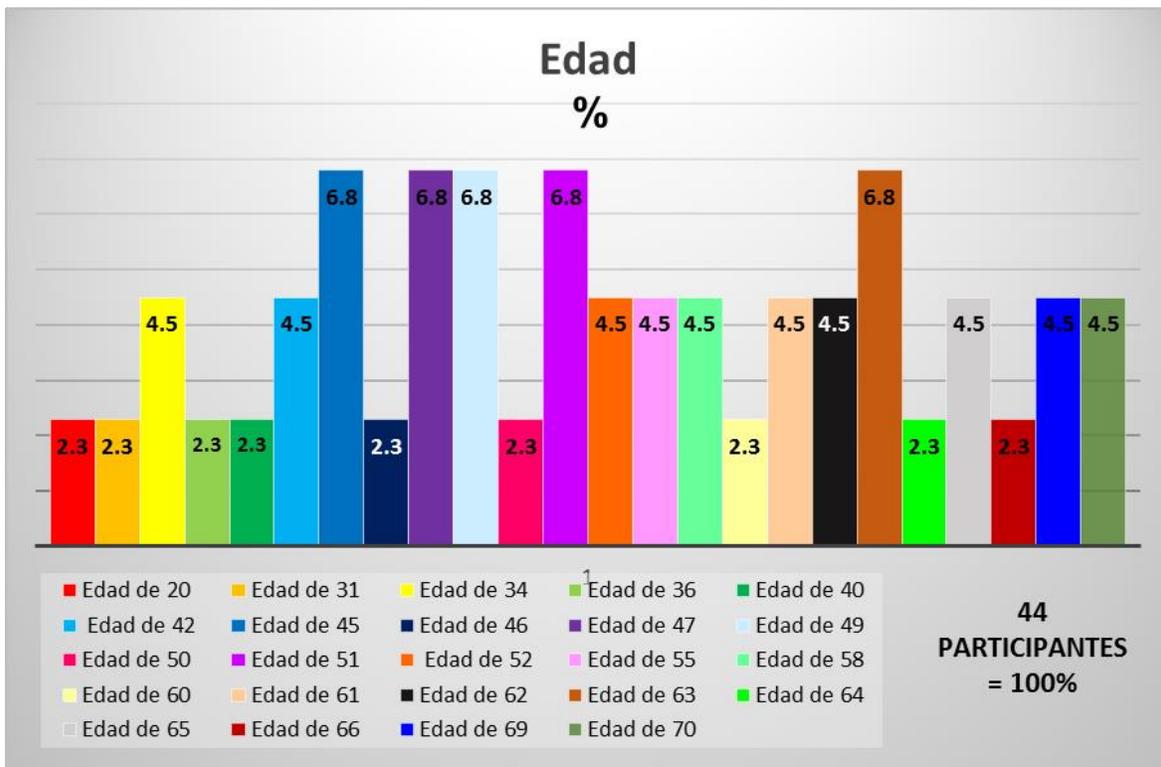
Cuadro número 2.

Edad del paciente		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		52.59
Mediana		51.50
Moda		45 ^a
Desv. típ.		11.587
Varianza		134.247
Rango		50
Mínimo		20
Máximo		70
Suma		2314

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, un porcentaje mayor se encontró que contaban con la edad de 45 años ya que fue la que más se repitió (45) con una mediana de 51.50 y con una media de 52.59.

Gráfica número 2.



Cuadro número 3.

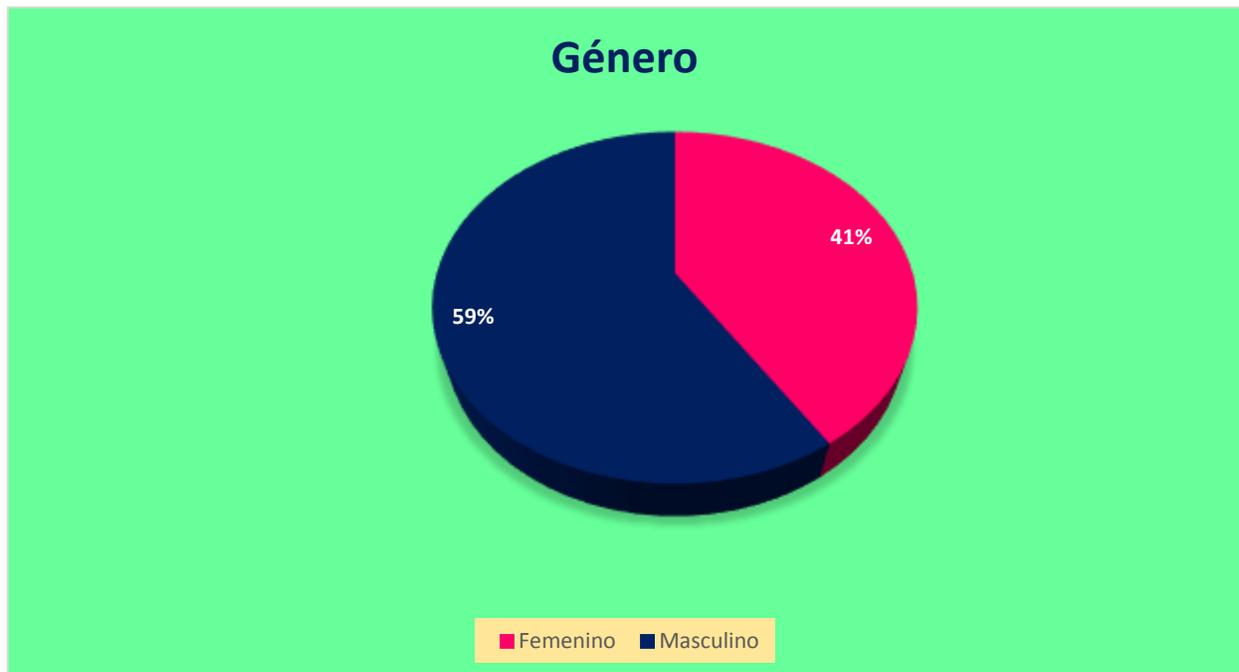
Género.		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.59
Mediana		2.00
Moda		2
Desv. típ.		.497
Varianza		.247
Rango		1
Mínimo		1
Máximo		2
Suma		70

Género					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	18	40.9	40.9	40.9
	Masculino	26	59.1	59.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2 se encontró una moda de 2.00 que significa referente al género masculino, una mediana de 2.00 y una media de 1.59, la mayoría de las personas fueron masculinos.

Gráfica número 3.



Cuadro número 4.

Grado de escolaridad		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.89
Mediana		2.00
Moda		2
Desv. típ.		1.944
Varianza		3.777
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		127

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No estudio	11	25.0	25.0	25.0
	Primaria	16	36.4	36.4	61.4
	Secundaria	5	11.4	11.4	72.7
	Carrera Técnica	1	2.3	2.3	75.0
	Bachillerato	5	11.4	11.4	86.4
	Bachillerato con Carrera Técnica	2	4.5	4.5	90.9
	Licenciatura	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, la mayoría curso la primaria, ya que se encontró una moda 2.00 que significa (Primaria), mediana 2.00 y media 2.89.

Gráfica número 4.



Cuadro número 5.

Estado civil		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.61
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.166
Varianza		1.359
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		203

Estado Civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Unión libre	3	6.8	6.8	6.8
	Divorciado	2	4.5	4.5	11.4
	Viudo	5	11.4	11.4	22.7
	Casado	30	68.2	68.2	90.9
	Soltero	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas encuestados que respondieron al cuestionamiento sobre su estado civil se encontró que la mayoría de éstos son casados con una moda que fue de 5.00 y la mediana de 5.00, con una media de 4.61.

Grafica número 5.



Cuadro número 6.

¿Con quién vive?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.02
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.874
Varianza		3.511
Rango		8
Mínimo		1
Máximo		9
Suma		89

¿Con quién vive?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Esposo(a)	29	65.9	65.9	65.9
	Pareja	1	2.3	2.3	68.2
	Padre/Madre	8	18.2	18.2	86.4
	Hijos	4	9.1	9.1	95.5
	Sola(o)	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Respecto a la pregunta con quien viven en su casa la mayoría contestó que con su esposo o esposa ya que la moda fue de 1 (vive con su esposo (a)), una mediana de 1.00, y media de 2.02.

Grafica número 6.



Cuadro número 7.

¿A qué se dedica?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.07
Mediana		3.50
Moda		1
Desv. típ.		2.688
Varianza		7.228
Rango		8
Mínimo		1
Máximo		9
Suma		179

¿A qué se dedica?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hogar	12	27.3	27.3	27.3
	Empleado u Obrero	1	2.3	2.3	29.5
	Jornalero o peón	9	20.5	20.5	50.0
	Trabajador por su cuenta	7	15.9	15.9	65.9
	Comercio	5	11.4	11.4	77.3
	Profesional	5	11.4	11.4	88.6
	Desempleado	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

En las personas con diabetes mellitus tipo 2, se encontró una moda de 1 se dedica al (hogar), mediana 3.50 y media de 4.07, por lo que se concluye que en relación al género se observa que las mujeres se dedican al hogar y los hombres se dedican a trabajar como jornaleros o peones o trabajan por su cuenta.

Grafica número 7.



Cuadro número 8.

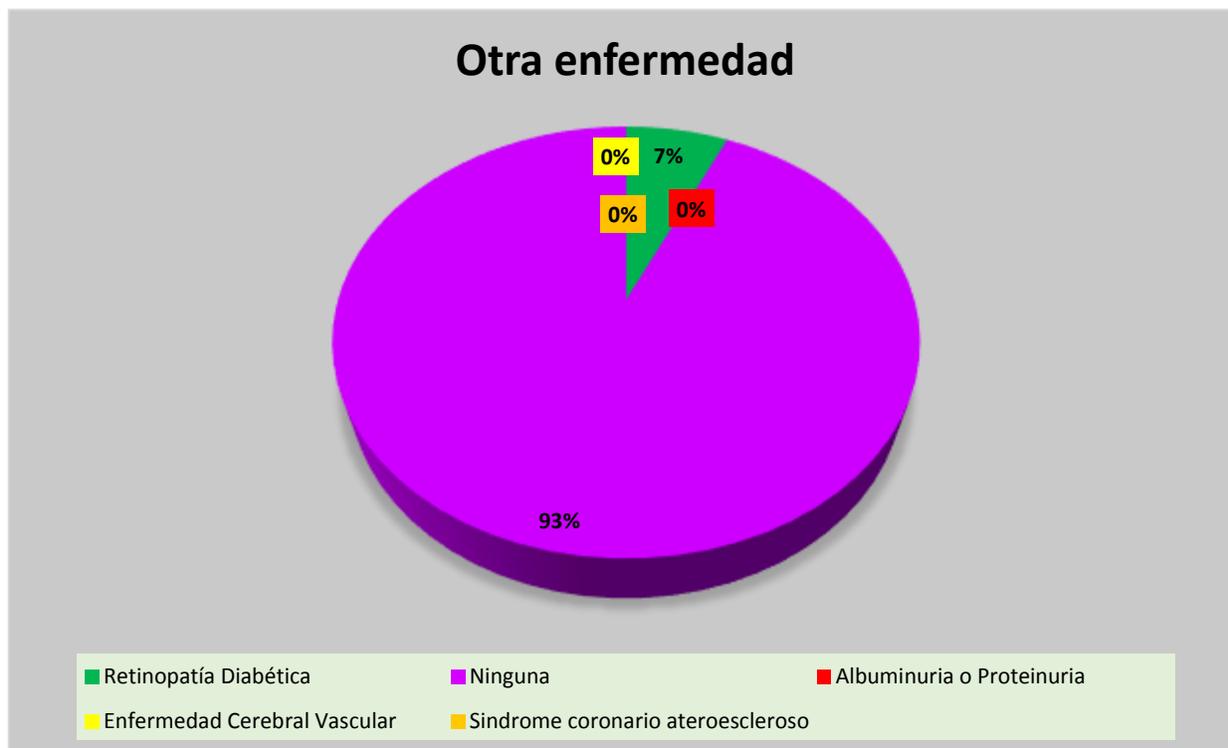
¿Alguna otra enfermedad?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.93
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		.255
Varianza		.065
Rango		1
Mínimo		4
Máximo		5
Suma		217

¿Alguna otra enfermedad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Retinopatía Diabética	3	6.8	6.8	6.8
	Ninguna	41	93.2	93.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, contestaron no presentar alguna enfermedad aparte de la diabetes, encontrando una moda de 5 que significa (ninguna), una mediana de 5.00 y una media de 4.93.

Grafica número 8.



Cuadro número 9.

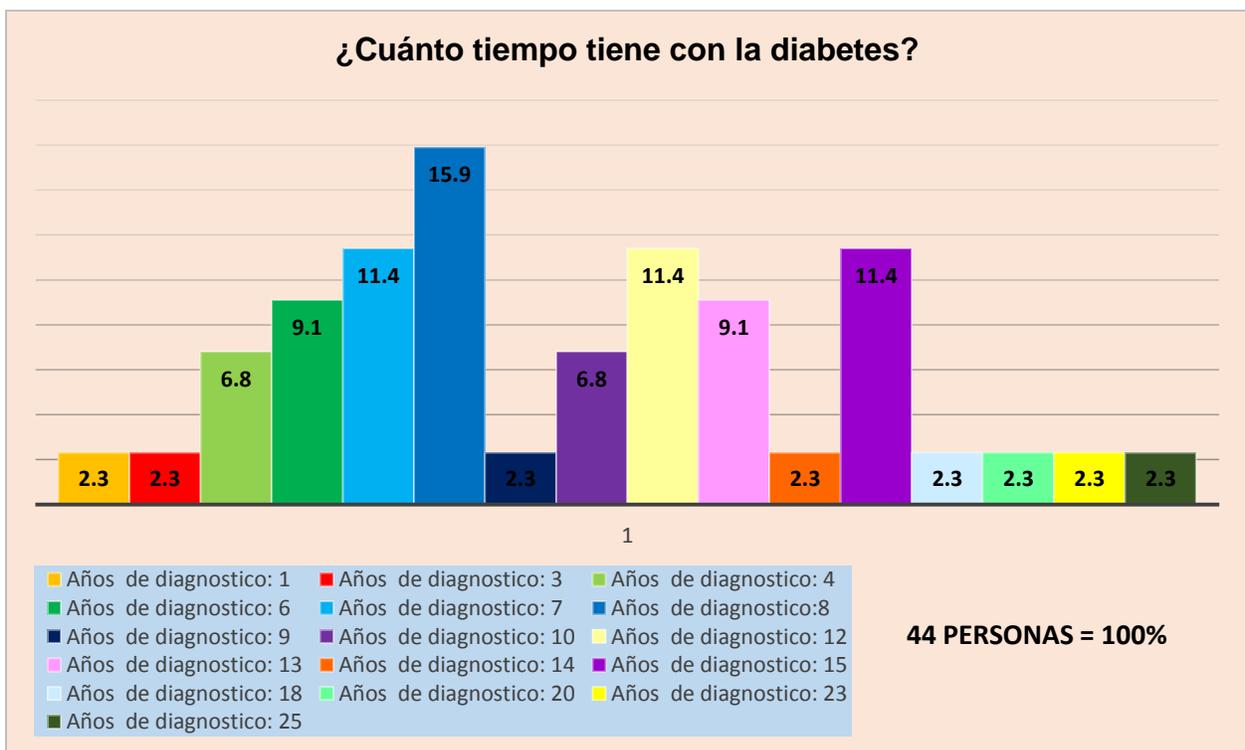
¿Cuánto tiempo tiene con la diabetes?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		10.39
Mediana		9.50
Moda		8
Desv. típ.		5.114
Varianza		26.150
Rango		24
Mínimo		1
Máximo		25
Suma		457

¿Cuánto tiempo tiene con la diabetes?					
Años		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	2.3	2.3	2.3
	3	1	2.3	2.3	4.5
	4	3	6.8	6.8	11.4
	6	4	9.1	9.1	20.5
	7	5	11.4	11.4	31.8
	8	7	15.9	15.9	47.7
	9	1	2.3	2.3	50.0
	10	3	6.8	6.8	56.8
	12	5	11.4	11.4	68.2
	13	4	9.1	9.1	77.3
	14	1	2.3	2.3	79.5
	15	5	11.4	11.4	90.9
	18	1	2.3	2.3	93.2
	20	1	2.3	2.3	95.5
	23	1	2.3	2.3	97.7
	25	1	2.3	2.3	100.0
Total		44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, se encontró una moda de 8 que representa la que más se repitió siendo éste de (8 años) y una mediana de 9.50 y una media de 10.39.

Grafica número 9.



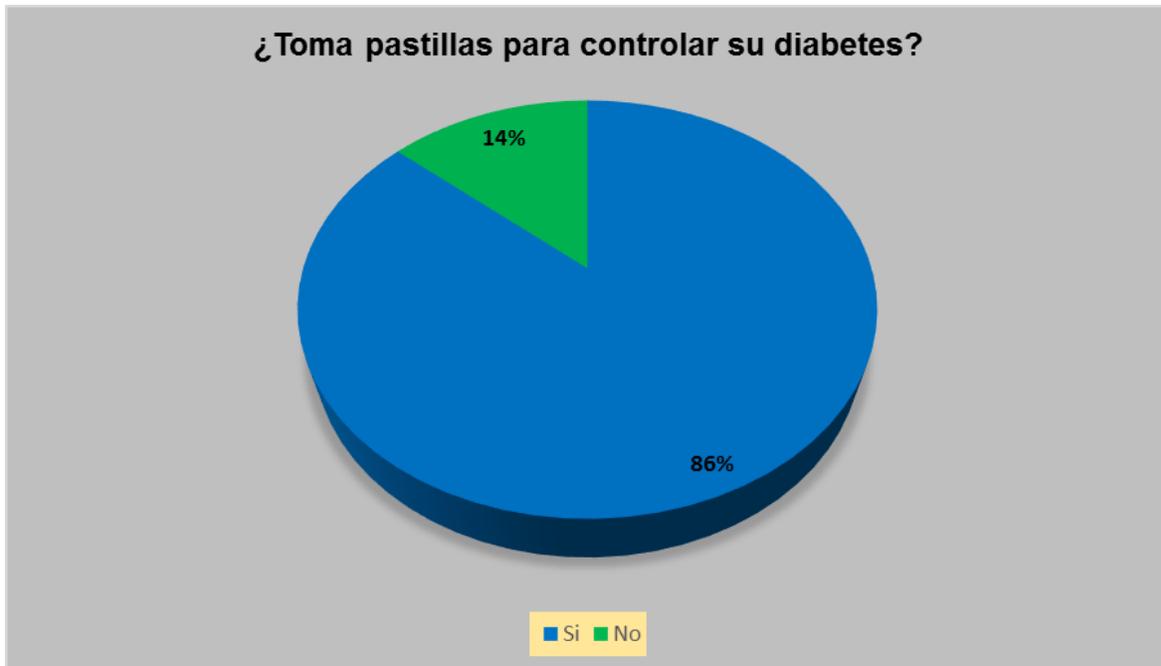
Cuadro número 10.

¿Toma pastillas para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	38	86.4	86.4	86.4
	No	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 86.4 % contestaron sí tomar pastillas para controlar su diabetes, mientras que el 13.6 % refirieron no tomarlas.

Grafica número 10.



Cuadro número 11.

¿Se ministra insulina para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	52.3	52.3	52.3
	No	21	47.7	47.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 52.3% contestaron sí ministrarse insulina para controlar su diabetes, mientras que el 47.7 % negaron ministrársela.

Grafica número 11.



Cuadro número 12.

¿Lleva usted una dieta para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	18.2	18.2	18.2
	No	36	81.8	81.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 81.2 % negaron llevar una dieta para controlar su diabetes, mientras que el 18.2 % afirmaron.

Grafica número 12.



Cuadro número 13.

¿Hace usted ejercicio para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	17	38.6	38.6	38.6
	No	27	61.4	61.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 61.4% negaron realizar ejercicio para controlar su diabetes, mientras que el 38.6 % contestaron sí realizar ejercicio para controlarla.

Grafica número 13.



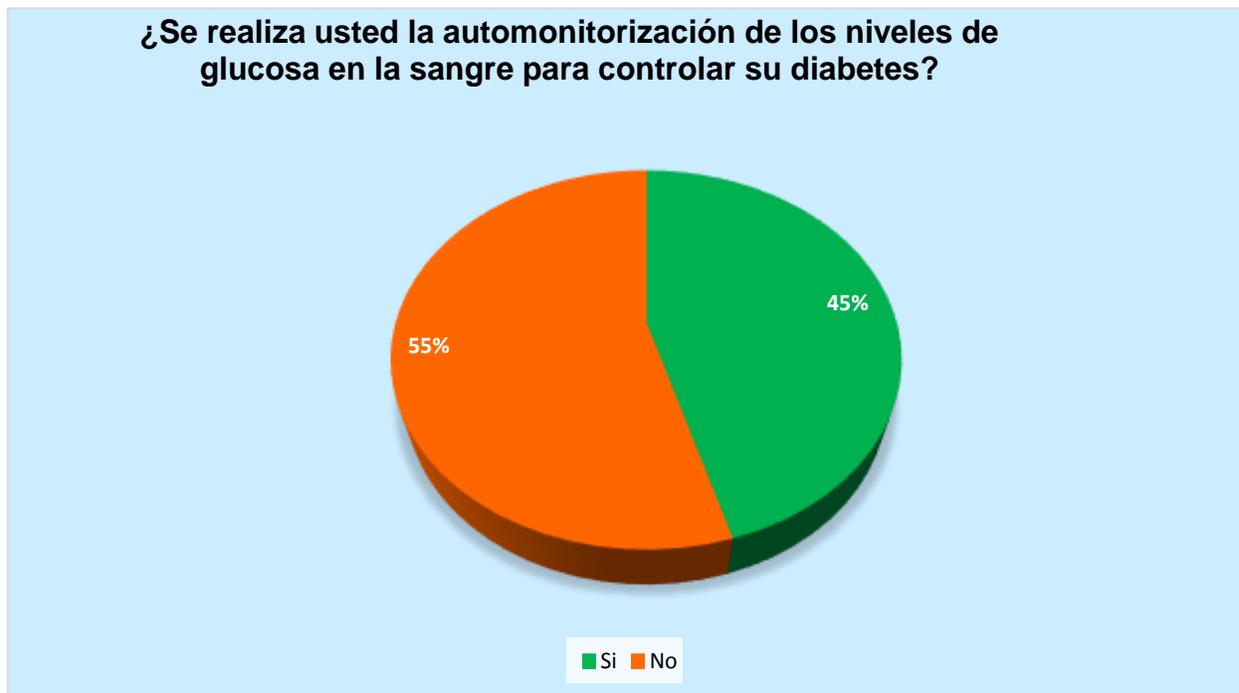
Cuadro número 14.

¿Lleva acabo su auto monitorización de su glucosa para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	45.5	45.5	45.5
	No	24	54.5	54.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 54.5% negaron realizarse una auto monitorización de su glucosa en sangre para controlar su diabetes, mientras que el 45.5 % contestaron que sí se realizan la auto monitorización de la glucosa.

Grafica número 14.



Cuadro número 15.

¿Lleva usted el control de su peso para controlar su diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	18.2	18.2	18.2
	No	36	81.8	81.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 81.8% respondieron no llevar un control de peso para controlar su diabetes, mientras que el 18.2 % contestaron tener un control de peso para controlar su diabetes.

Grafica número 15.



Cuadro número 16.

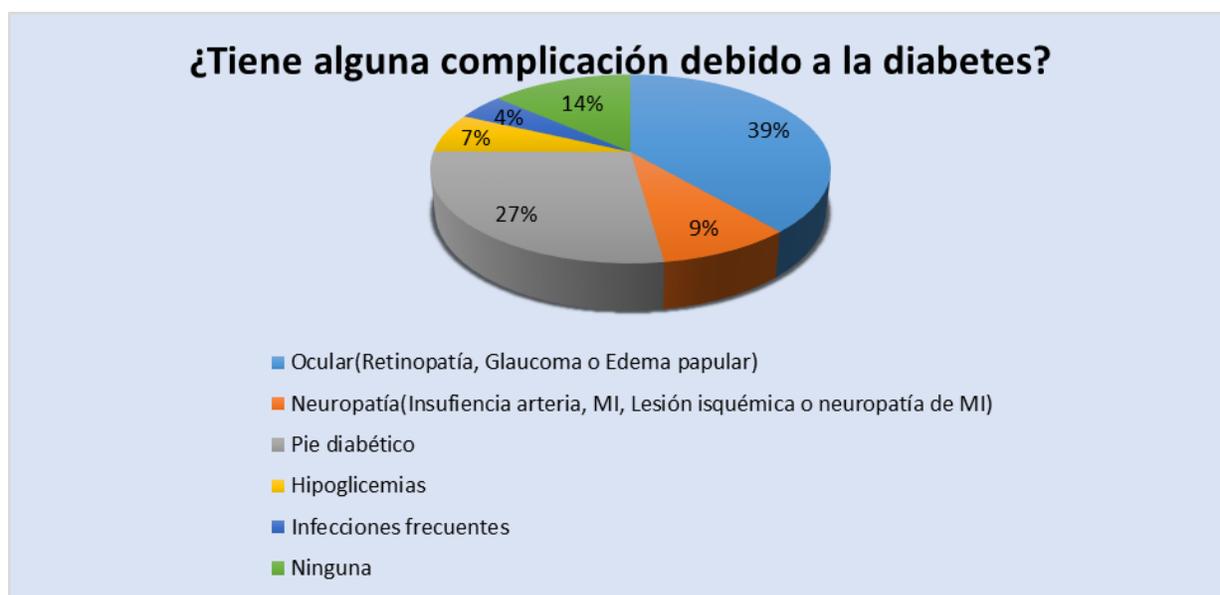
¿Tiene alguna complicación debido a la diabetes?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.20
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		2.548
Varianza		6.492
Rango		7
Mínimo		1
Máximo		8
Suma		141

¿Tiene alguna complicación debido a la diabetes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ocular(Retinopatía, Glaucoma o Edema papular)	17	38.6	38.6	38.6
	Neuropatía(Insuficiencia arteria, MI, Lesión isquémica o neuropatía de MI)	4	9.1	9.1	47.7
	Pie diabético	12	27.3	27.3	75.0
	Hipoglicemias	3	6.8	6.8	81.8
	Infecciones frecuentes	2	4.5	4.5	86.4
	Ninguna	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, contestaron presentar o a ver tenido como complicación pie diabético, encontrando una moda de 1 que significa (Ocular (Retinopatía, Glaucoma o Edema papular), y una mediana de 3.00 y una media de 3.20, seguida de la complicación por pie diabético.

Grafica número 16.



Cuadro número 17.

¿Qué religión profesa usted?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.30
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.002
Varianza		1.004
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		57

¿Qué religión profesa usted?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	40	90.9	90.9	90.9
	Testigo de Jehová	1	2.3	2.3	93.2
	Cristiana	2	4.5	4.5	97.7
	Ninguna/ Ateo	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas con diabetes mellitus tipo 2, contestaron profesar la religión católica encontrando una moda de 1 que significa (católica), y una mediana de 1.00 y una media de 1.30.

Grafica número 17.



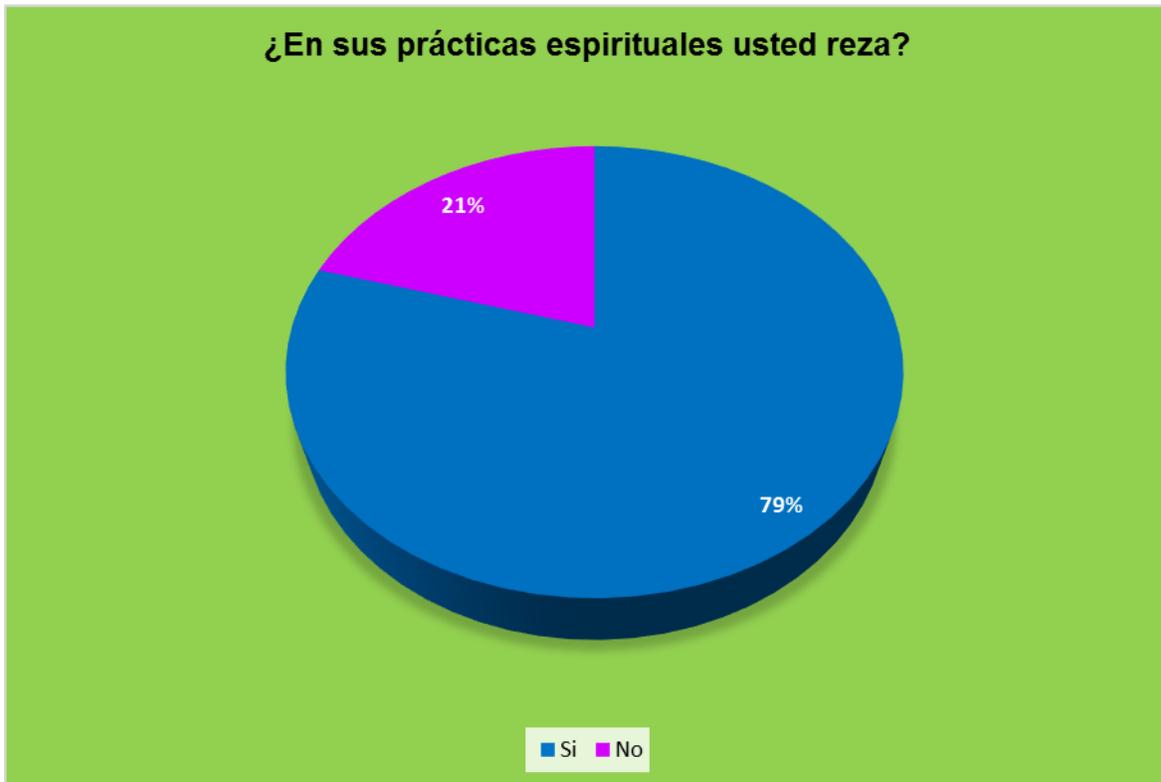
Cuadro número 18.

¿En sus prácticas espirituales usted reza?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	35	79.5	79.5	79.5
	No	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 79.5 % afirmaron rezar ya que la consideran como una de sus prácticas religiosas, mientras el 20.5 % refirieron no rezar negando ser una de sus prácticas religiosas.

Grafica número 18.



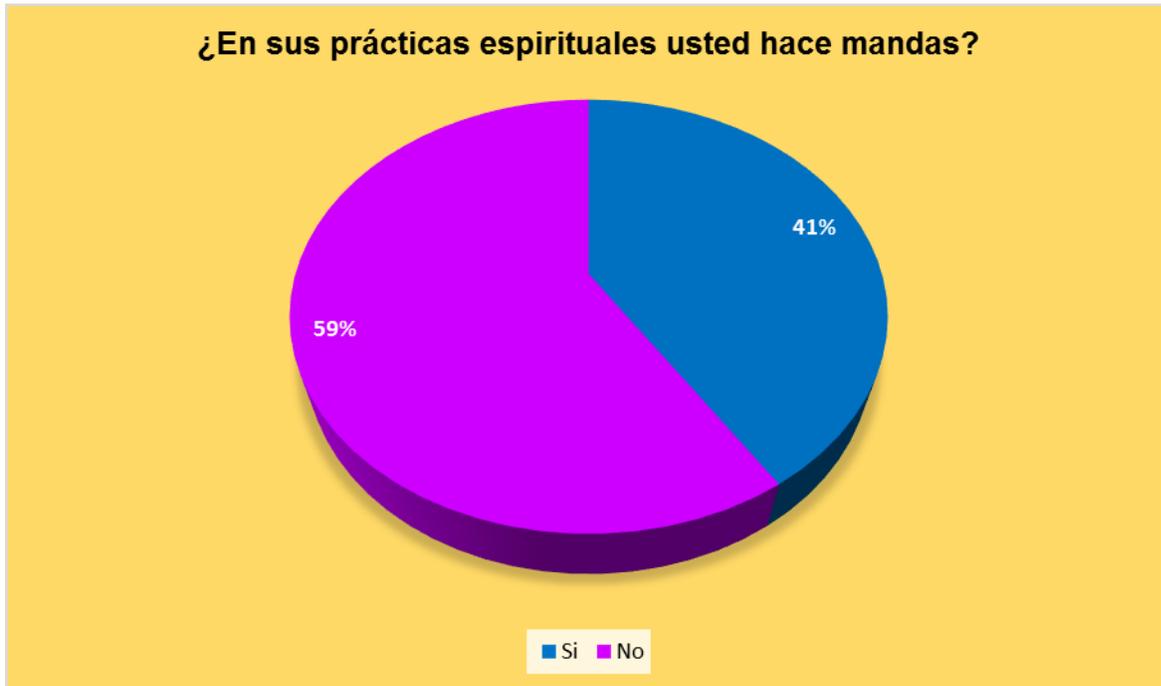
Cuadro número 19.

¿En sus prácticas espirituales usted hace mandas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	40.9	40.9	40.9
	No	26	59.1	59.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas con diabetes mellitus tipo 2, el 59.1 % negaron que en sus prácticas religiosas hicieran mandas, mientras el 40.9 % refirieron sí realizarlas como una de sus prácticas religiosas.

Cuadro número 19.



Cuadro número 20.

¿En sus prácticas espirituales usted va a misa?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	35	79.5	79.5	79.5
	No	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2, el 79.5 % afirmaron ir a misa como una de sus prácticas religiosas, mientras el 20.5 % refirieron no asistir negando ser una de sus prácticas religiosas.

Grafica número 20.



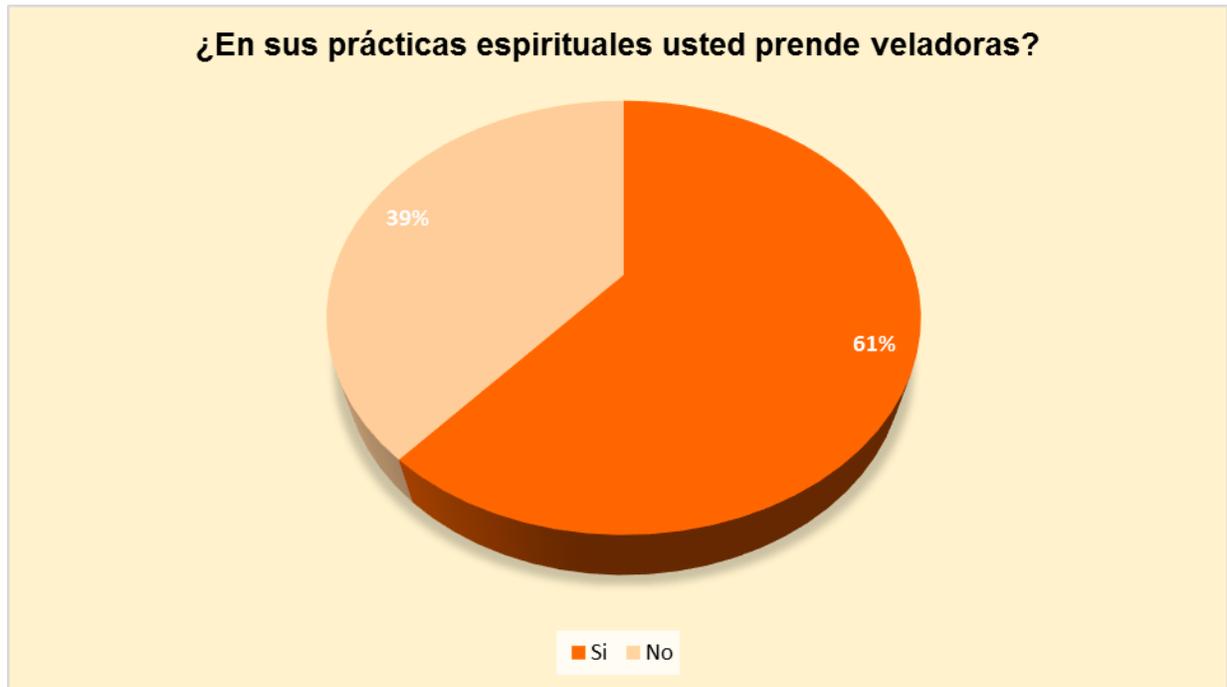
Cuadro número 21.

¿En sus prácticas espirituales usted prende veladoras?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	27	61.4	61.4	61.4
	No	17	38.6	38.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 61.4 % afirmaron prender veladoras como una de sus prácticas religiosas, mientras el 38.6 % refirió no prenderlas ya que no la consideran como una de sus prácticas religiosas.

Grafica número 21.



Cuadro número 22.

¿En sus prácticas espirituales usted medita?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	52.3	52.3	52.3
	No	21	47.7	47.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 52.3 % afirmaron meditar ya que es una de sus prácticas religiosas, mientras el 47.7 % negaron meditar y que ésta fuera una de sus prácticas religiosas.

Grafica número 22.



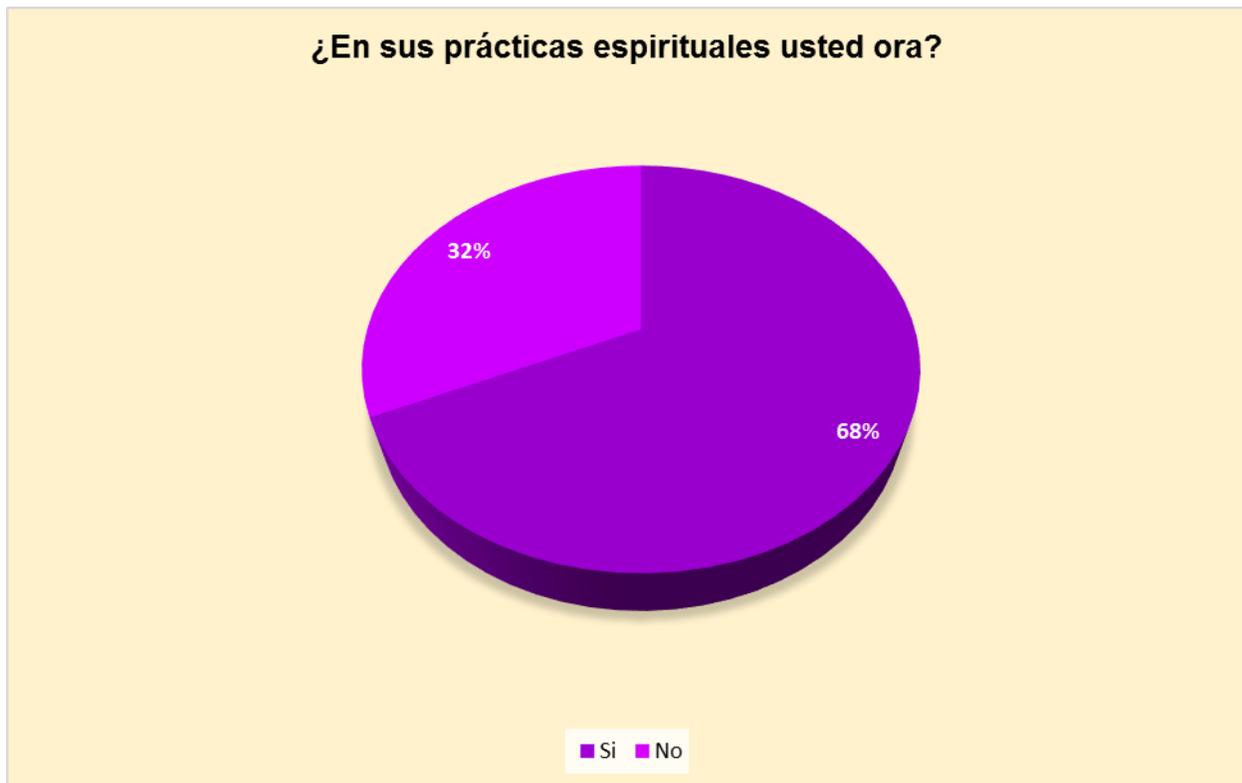
Cuadro número 23.

¿En sus prácticas espirituales usted ora?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	30	68.2	68.2	68.2
	No	14	31.8	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo 2, el 68.2 % afirmaron que sí oran, ya que la consideran como una de sus prácticas religiosas, mientras el 31.8 % negaron realizar oración como una de sus prácticas religiosas.

Grafica número 23.



Cuadro número 24.

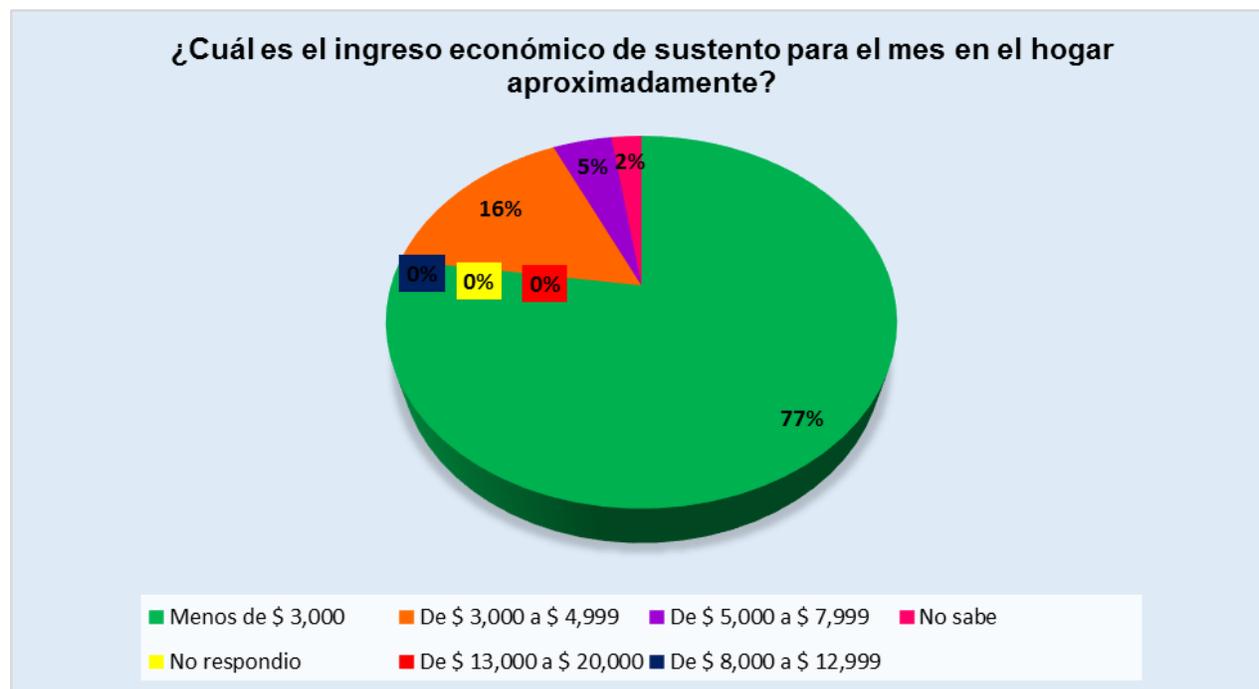
¿Cuál es el ingreso económico de sustento para el mes en el hogar aproximadamente?		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.39
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.017
Varianza		1.033
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		61

¿Cuál es el ingreso económico de sustento para el mes en el hogar aproximadamente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de \$ 3,000	34	77.3	77.3	77.3
	De \$ 3,000 a \$ 4,999	7	15.9	15.9	93.2
	De \$ 5,000 a \$ 7,999	2	4.5	4.5	97.7
	No sabe	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas con diabetes mellitus tipo 2 se encontró una moda de 1 que se refiere a un ingreso (menor de \$3,000.00), y una mediana de 1.00 y una media de 1.39.

Grafica número 24.



Resultados de variable calidad de vida

Cuadro número 26.

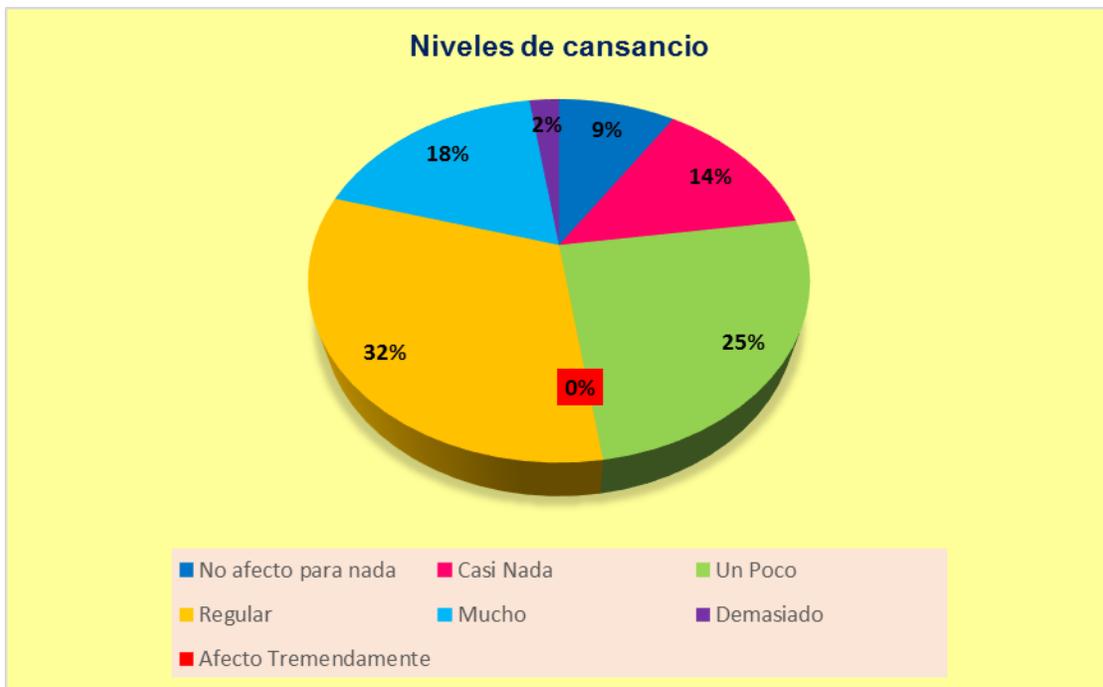
Dimensión Energía/ Movilidad		
3. En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Niveles de cansancio		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.43
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.265
Varianza		1.600
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		151

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Niveles de cansancio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	4	9.1	9.1	9.1
	Casi Nada	6	13.6	13.6	22.7
	Un Poco	11	25.0	25.0	47.7
	Regular	14	31.8	31.8	79.5
	Mucho	8	18.2	18.2	97.7
	Demasiado	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en el último mes, les ha afectado de manera regular a su calidad de vida los niveles de cansancio, ya que la categoría que más repitió fue 4 (Regular), con una mediana de 4.00 y una de media de 3.43. Por lo tanto los niveles de cansancio para su percepción sí les ha afectado en algún grado.

Grafica número 26.



Cuadro número 27.

Dimensión Energía/ Movilidad		
7.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Otros problemas de salud además de la diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.59
Mediana		3.50
Moda		1
Desv. típ.		2.050
Varianza		4.201
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		158

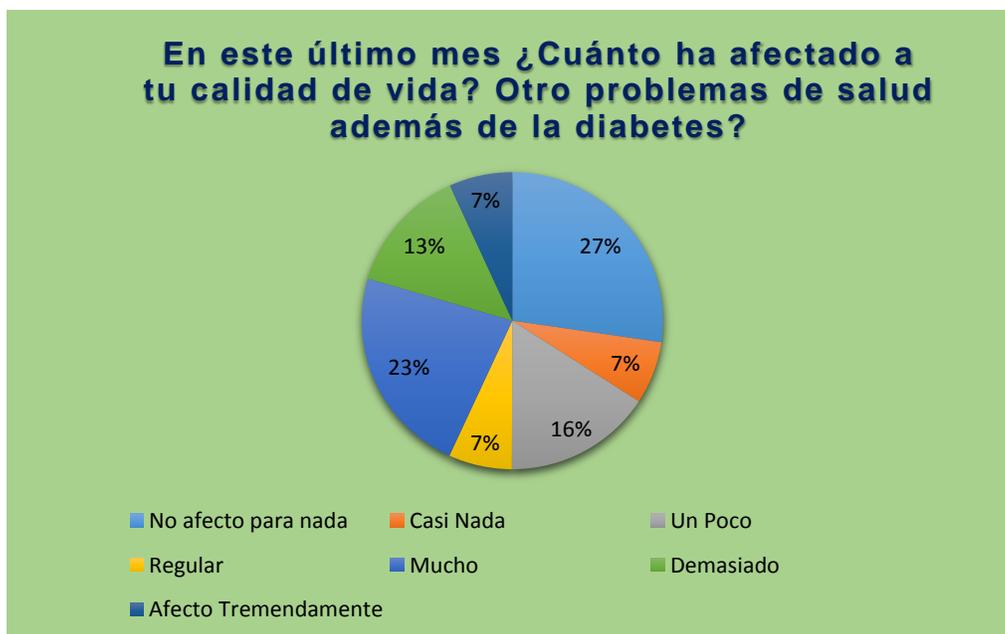
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Otros problemas de salud además de la diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	12	27.3	27.3	27.3
	Casi Nada	3	6.8	6.8	34.1
	Un Poco	7	15.9	15.9	50.0
	Regular	3	6.8	6.8	56.8
	Mucho	10	22.7	22.7	79.5
	Demasiado	6	13.6	13.6	93.2
	Afectó Tremendamente	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en el último mes, no les ha afectado a su calidad de vida otros

problemas de salud además de la diabetes; ya que la categoría que más repitió fue 1 (No afectó para nada), con una mediana de 3.50 y una de media de 3.59, por lo tanto otras molestias de salud además de la diabetes en un grupo considerable de personas sí les ha afectado en algún grado.

Grafica número 27.



Cuadro número 28.

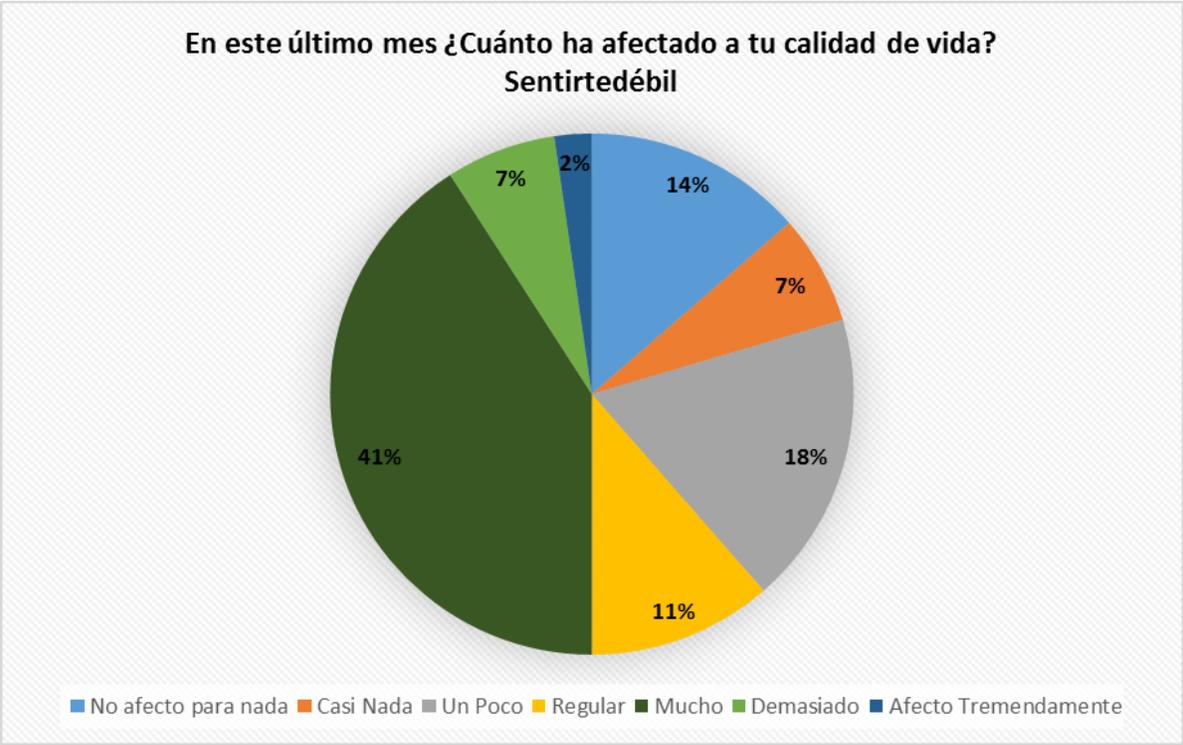
Dimensión Energía/ Movilidad		
9.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Sentirte débil		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.89
Mediana		4.50
Moda		5
Desv. típ.		1.617
Varianza		2.615
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		171

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Sentirte débil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	6	13.6	13.6	13.6
	Casi Nada	3	6.8	6.8	20.5
	Un Poco	8	18.2	18.2	38.6
	Regular	5	11.4	11.4	50.0
	Mucho	18	40.9	40.9	90.9
	Demasiado	3	6.8	6.8	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida al sentirse débil. La categoría que más repitió fue 5 (mucho). La mediana fue de 4.50 y la media de 3.89, por lo que se concluye que al sentirse débiles, sí les afecta mucho a su calidad de vida.

Grafica número 28.



Cuadro número 29.

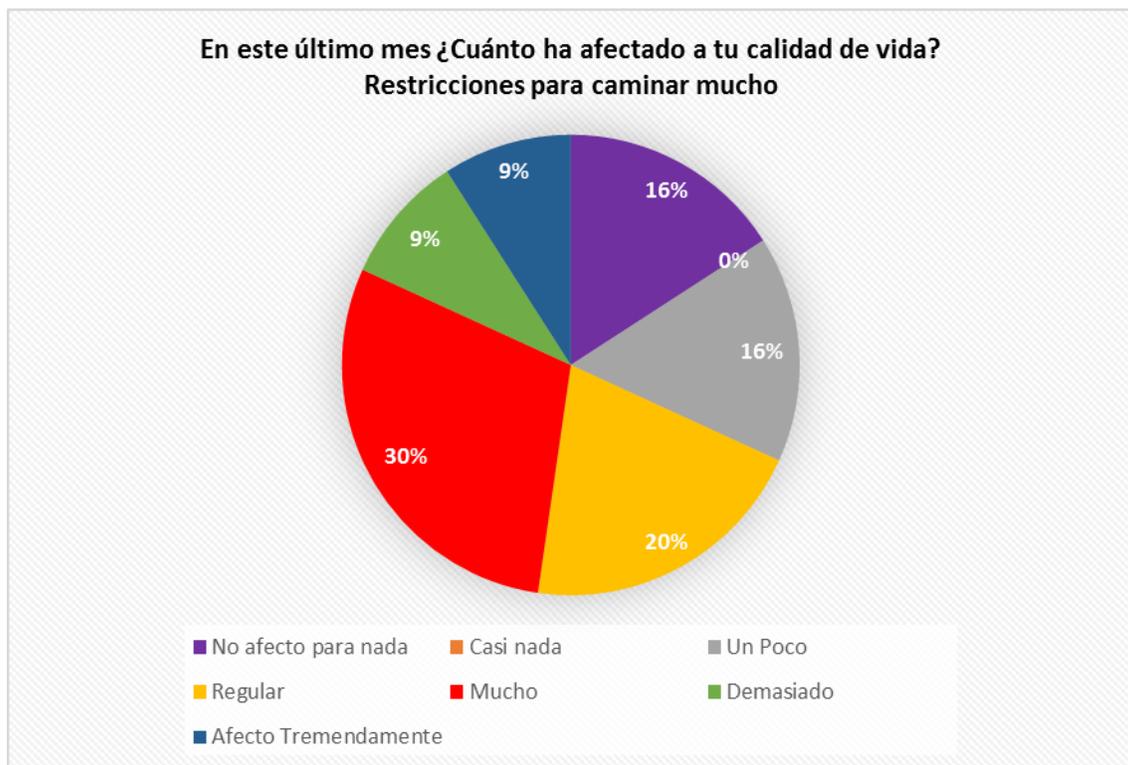
Dimensión Energía/ Movilidad		
10.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Restricciones para caminar mucho		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.11
Mediana		4.00
Moda		5
Desv. típ.		1.768
Varianza		3.126
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		181

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Restricciones para caminar mucho					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	7	15.9	15.9	15.9
	Un Poco	7	15.9	15.9	31.8
	Regular	9	20.5	20.5	52.3
	Mucho	13	29.5	29.5	81.8
	Demasiado	4	9.1	9.1	90.9
	Afectó Tremendamente	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a las respuestas obtenidas las personas con diabetes mellitus tipo II consideran que en el último mes, sí se ha afectado su calidad de vida por las restricciones para caminar, la categoría que más se repitió fue 5 (mucho), con una mediana de 4.00 y una media de 4.11, lo que significa que a un porcentaje menor de personas les afecta de manera regular a su calidad de vida el tener restricciones para caminar mucho.

Grafica número 29.



Cuadro número 30.

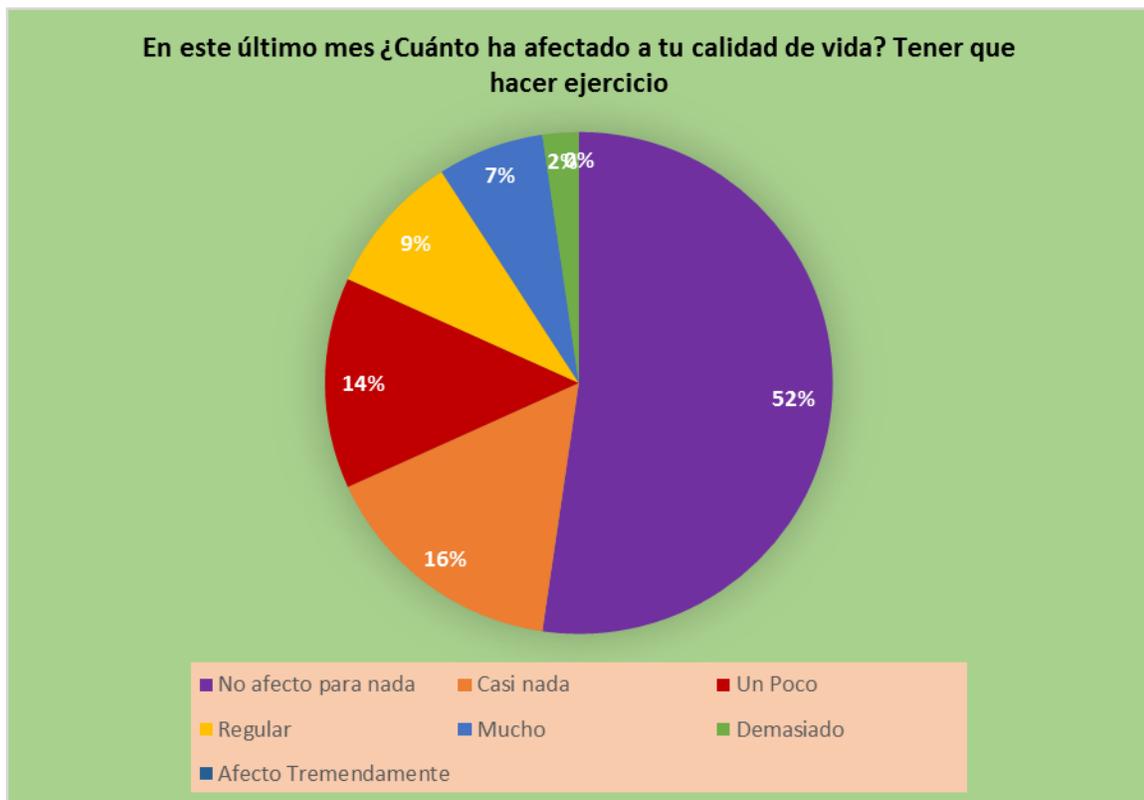
Dimensión Energía/ Movilidad		
11.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener que hacer ejercicio		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.09
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.428
Varianza		2.038
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		92

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener que hacer ejercicio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	23	52.3	52.3	52.3
	Casi Nada	7	15.9	15.9	68.2
	Un Poco	6	13.6	13.6	81.8
	Regular	4	9.1	9.1	90.9
	Mucho	3	6.8	6.8	97.7
	Demasiado	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a las respuestas obtenidas por parte de las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en este último mes, no les ha afectado para nada a su calidad de vida, el tener que hacer ejercicio, la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada) con una mediana de 1.00 y la media de 2.09, el tener que hacer ejercicio no afecta para nada a las personas con diabetes tipo II.

Grafica número 30.



Cuadro número 31.

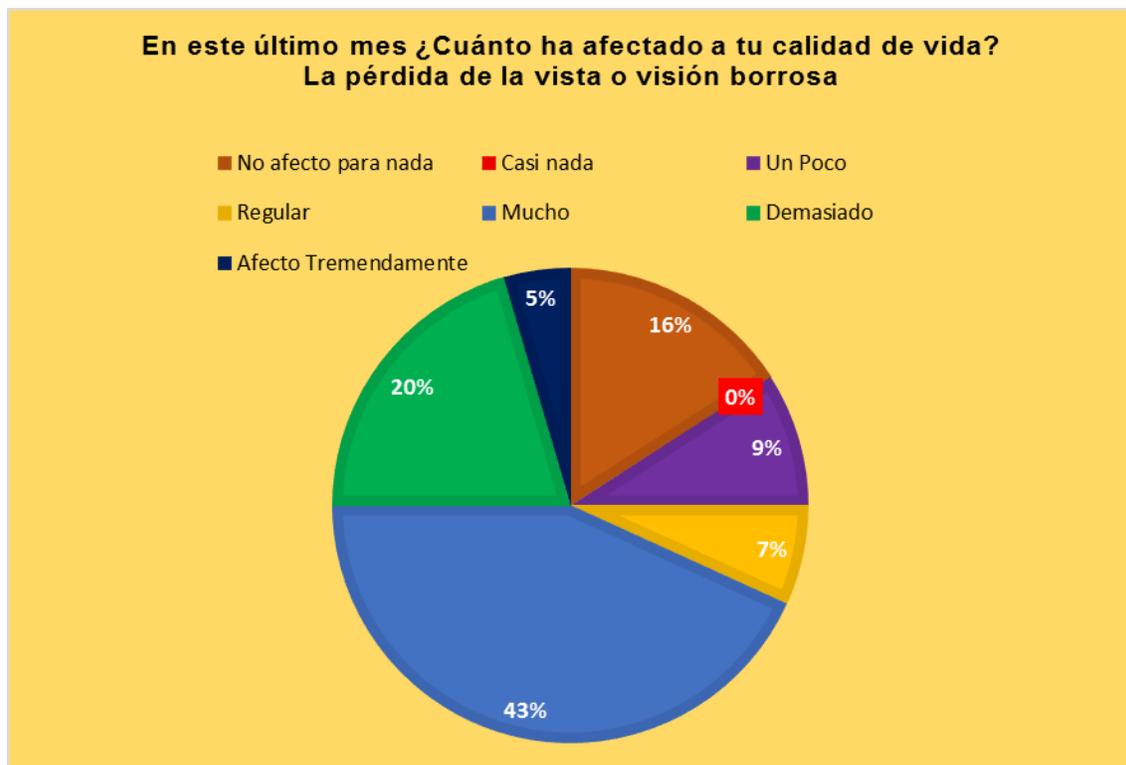
Dimensión Energía/ Movilidad		
12.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Pérdida de la vista o visión borrosa		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.41
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.756
Varianza		3.085
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		194

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Pérdida de la vista o visión borrosa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	7	15.9	15.9	15.9
	Un Poco	4	9.1	9.1	25.0
	Regular	3	6.8	6.8	31.8
	Mucho	19	43.2	43.2	75.0
	Demasiado	9	20.5	20.5	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida, la pérdida de la vista o visión borrosa. Es así que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.41. Esto se interpreta que la pérdida de la vista o visión borrosa ha afectado mucho a las personas consultadas.

Grafica número 31.



Cuadro número 32.

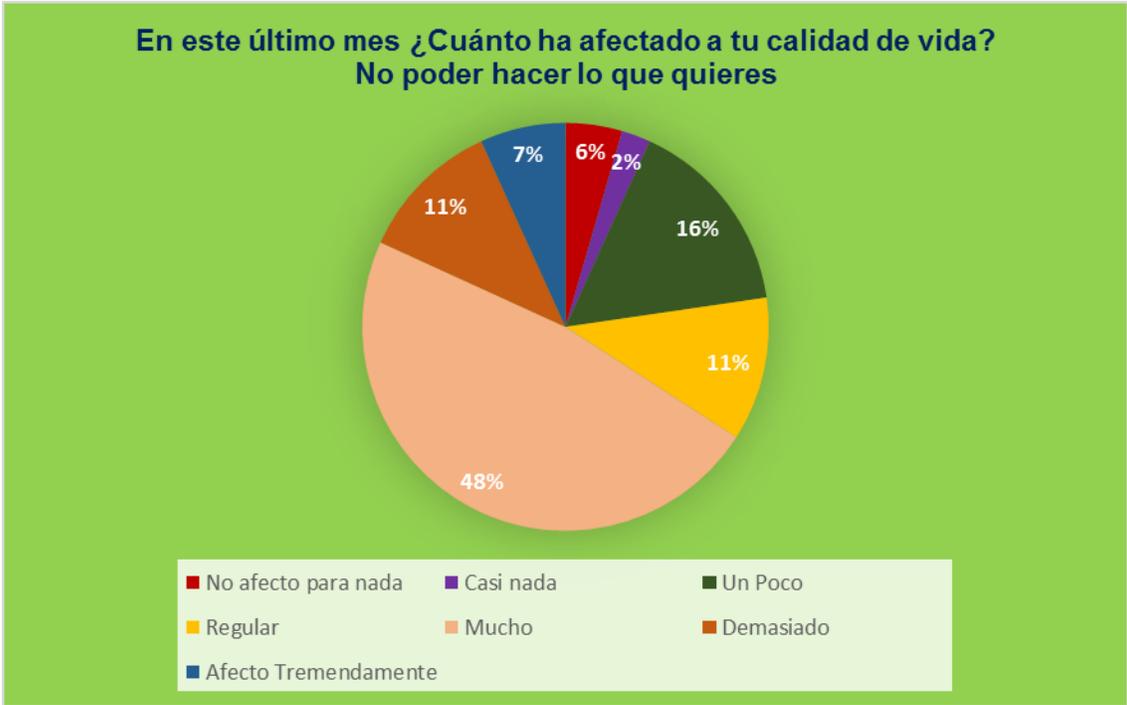
Dimensión Energía/ Movilidad		
13.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? No poder hacer lo que quieres		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.57
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.388
Varianza		1.925
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		201

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? No poder hacer lo que quieres					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	2	4.5	4.5	4.5
	Casi Nada	1	2.3	2.3	6.8
	Un Poco	7	15.9	15.9	22.7
	Regular	5	11.4	11.4	34.1
	Mucho	21	47.7	47.7	81.8
	Demasiado	5	11.4	11.4	93.2
	Afectó Tremendamente	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a las personas consultadas respondieron que en este último mes, cuanto les ha afectado a su calidad de vida, el no poder hacer lo que ellos quieren. Es así que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.57. A lo que se refiere que el no poder hacer lo que ellos quieren sí repercute en su calidad de vida y les ha afectado de manera significativa.

Grafica número 32.



Cuadro número 33.

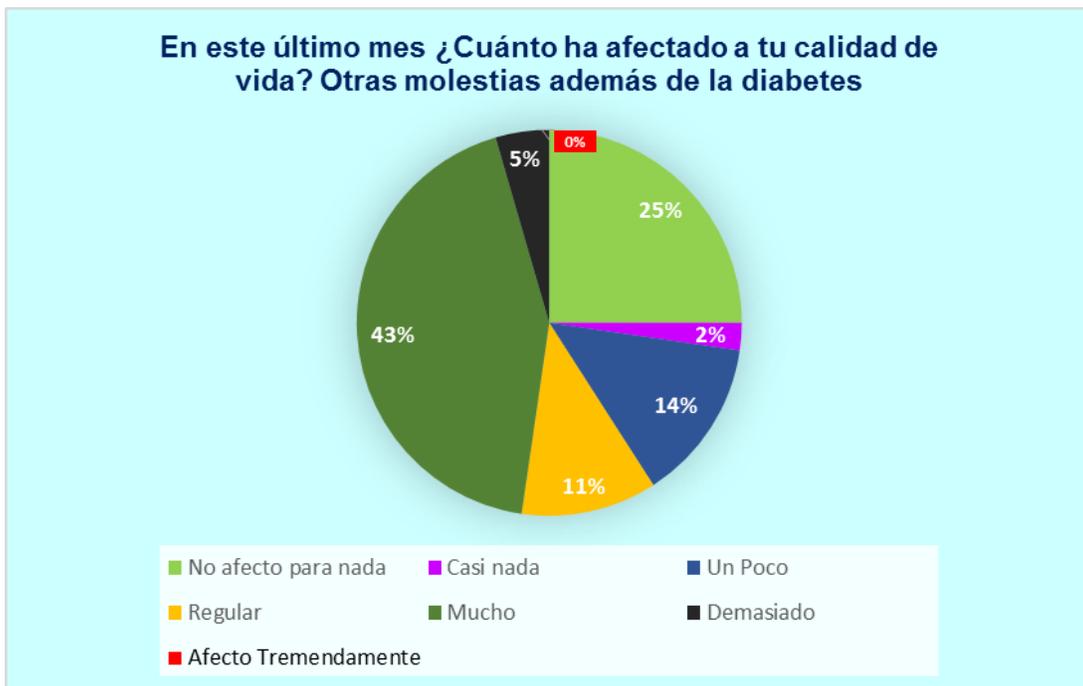
Dimensión Energía/ Movilidad		
16.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Otras molestias además de la diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.59
Mediana		4.00
Moda		5
Desv. típ.		1.730
Varianza		2.992
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		158

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Otras molestias además de la diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	11	25.0	25.0	25.0
	Casi Nada	1	2.3	2.3	27.3
	Un Poco	6	13.6	13.6	40.9
	Regular	5	11.4	11.4	52.3
	Mucho	19	43.2	43.2	95.5
	Demasiado	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas con diabetes mellitus tipo II se obtuvo como respuestas que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida, el presentar otras molestias además de la diabetes. Por lo cual la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 4.00 y la media de 3.59. Lo cual se interpreta que otras molestias además de la diabetes les han afectado mucho, sin embargo sólo algunas personas refirieron verse afectadas de manera normal.

Grafica número 33.



Cuadro número 34.

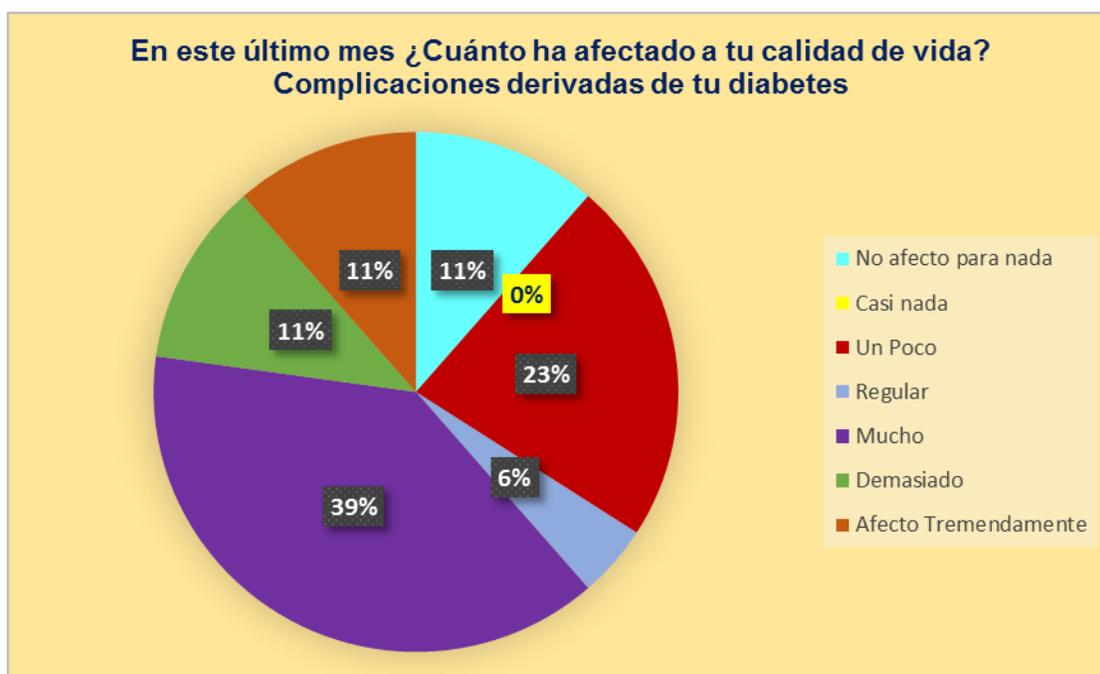
Dimensión Energía/ Movilidad		
25.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Complicaciones derivadas de tu diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.39
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.742
Varianza		3.033
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		193

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Complicaciones derivadas de tu diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	5	11.4	11.4	11.4
	Un Poco	10	22.7	22.7	34.1
	Regular	2	4.5	4.5	38.6
	Mucho	17	38.6	38.6	77.3
	Demasiado	5	11.4	11.4	88.6
	Afectó Tremendamente	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Las respuestas obtenidas de acuerdo a las personas consultadas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida las complicaciones derivadas de la diabetes. Es así que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.39 lo que se interpreta que las complicaciones derivadas de la diabetes les han afectado de manera significativa a las personas consultadas.

Grafica número 34.



Cuadro número 35.

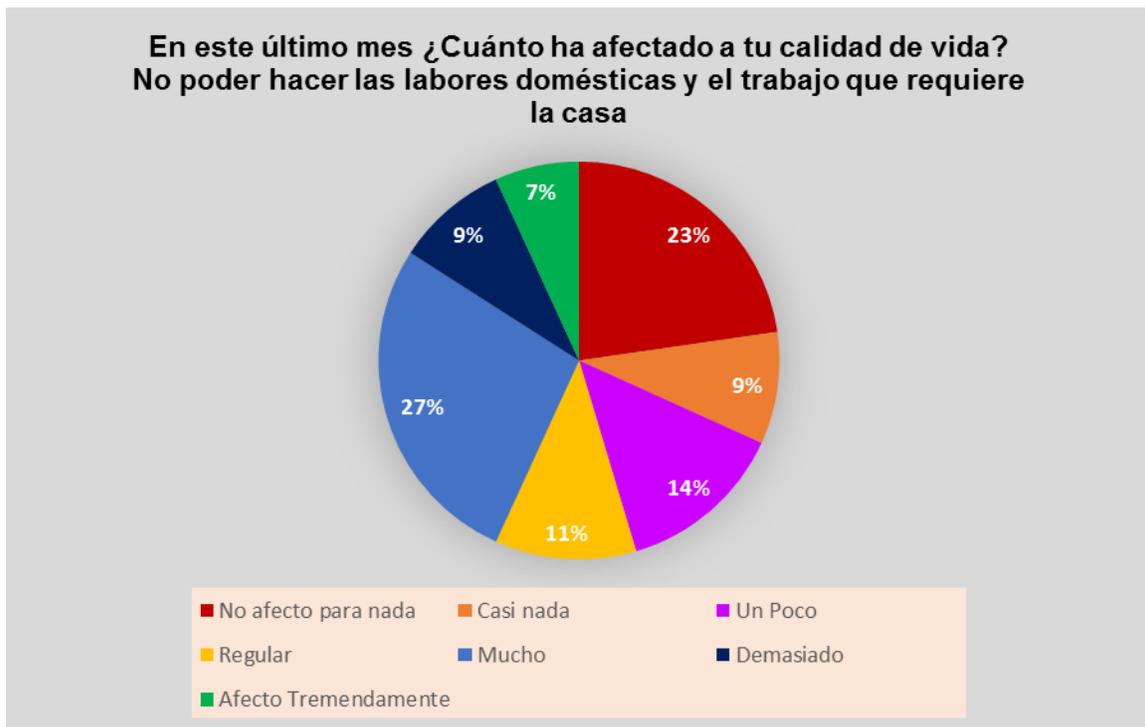
Dimensión Energía/ Movilidad		
29.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.66
Mediana		4.00
Moda		5
Desv. típ.		1.940
Varianza		3.765
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		161

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	10	22.7	22.7	22.7
	Casi Nada	4	9.1	9.1	31.8
	Un Poco	6	13.6	13.6	45.5
	Regular	5	11.4	11.4	56.8
	Mucho	12	27.3	27.3	84.1
	Demasiado	4	9.1	9.1	93.2
	Afectó Tremendamente	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II y que se tuvo como respuesta que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida, no poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere en casa. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 4.00 y la media de 3.66. De esta forma se interpreta que el no poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere en casa les ha afectado mucho a las personas, sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas de manera regular

Grafica número 35.



Cuadro número 36.

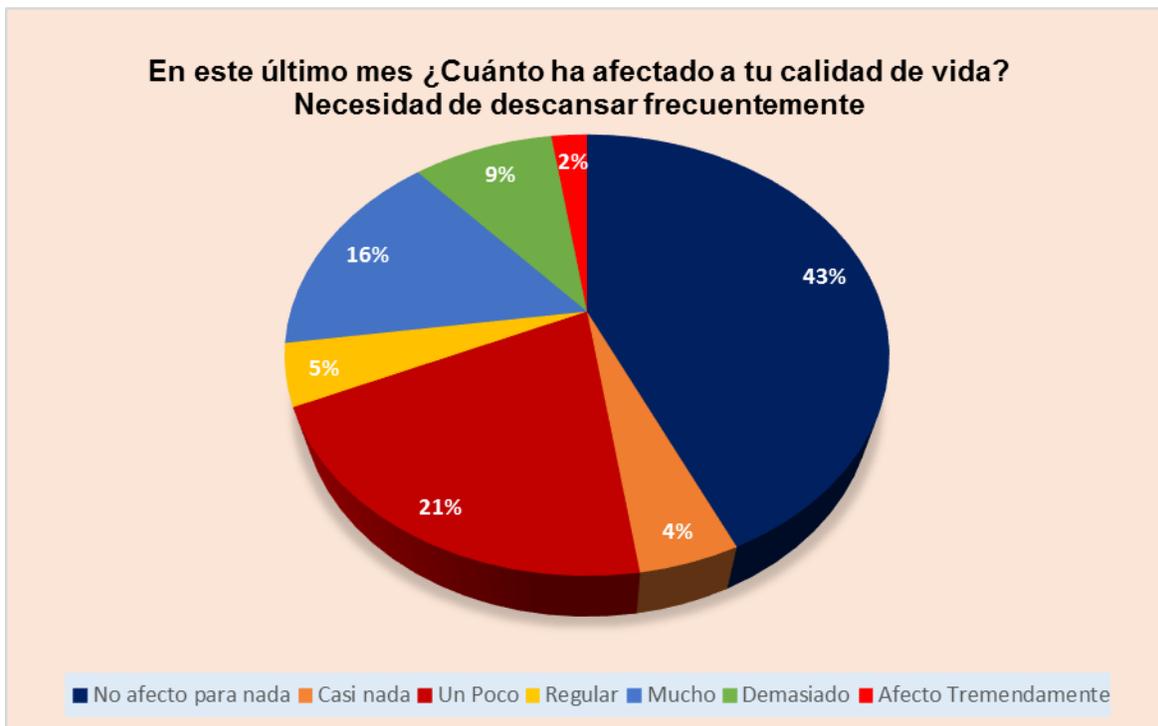
Dimensión Energía/ Movilidad		
32.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Necesidad de descansar frecuentemente		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.82
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.920
Varianza		3.687
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		124

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Necesidad de descansar frecuentemente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	19	43.2	43.2	43.2
	Casi Nada	2	4.5	4.5	47.7
	Un Poco	9	20.5	20.5	68.2
	Regular	2	4.5	4.5	72.7
	Mucho	7	15.9	15.9	88.6
	Demasiado	4	9.1	9.1	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II se tuvo como respuesta que en este último mes no les ha afectado para nada su calidad de vida la necesidad de descansar frecuentemente. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1(No ha afectado para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 2.82. De esta manera se interpreta que a las personas que fueron consultadas refieren que la necesidad de descansar frecuentemente, no les afecta para nada, sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas regularmente.

Grafica número 36.



Cuadro número 37.

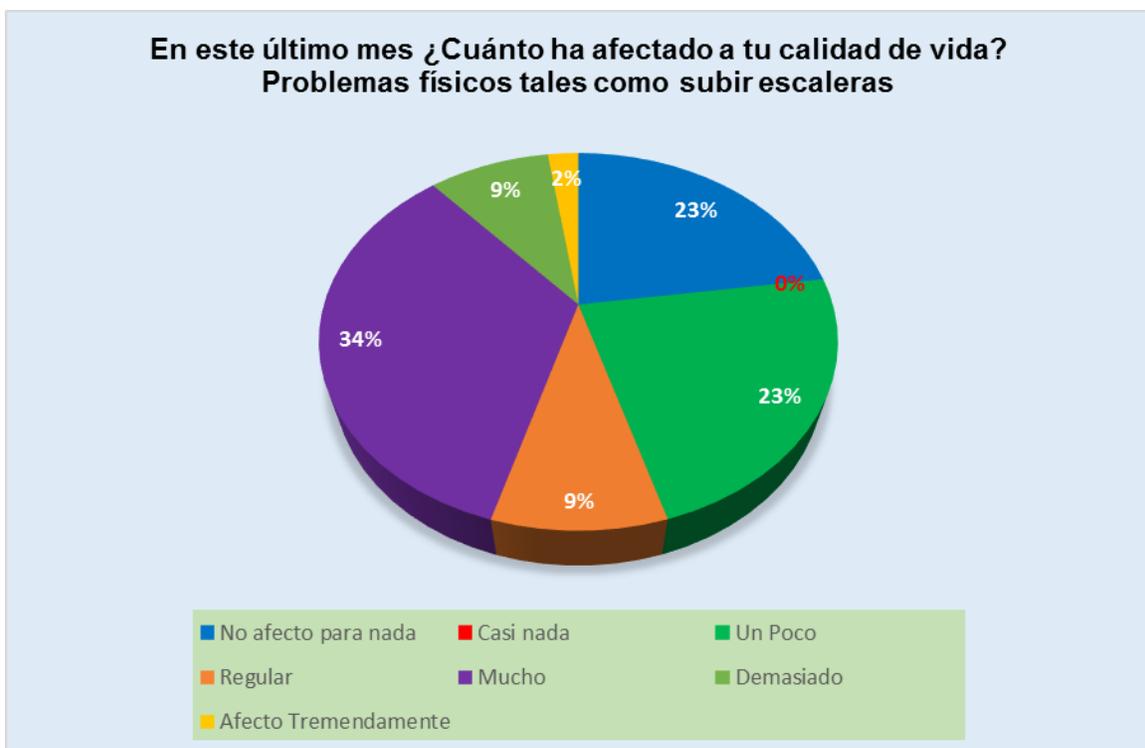
Dimensión Energía/ Movilidad		
33.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Problemas físicos tales como subir escaleras		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.68
Mediana		4.00
Moda		5
Desv. típ.		1.775
Varianza		3.152
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Problemas físicos tales como subir escaleras					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	10	22.7	22.7	22.7
	Un Poco	10	22.7	22.7	45.5
	Regular	4	9.1	9.1	54.5
	Mucho	15	34.1	34.1	88.6
	Demasiado	4	9.1	9.1	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida los problemas físicos tales como subir escaleras. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 4.00 y la media de 3.68. De esta forma de las respuestas obtenidas se interpreta que las personas que participaron, refirieron que los problemas físicos tales como subir escaleras les ha afectado de manera significativa a su calidad de vida, sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas regularmente.

Grafica número 37.



Cuadro número 38.

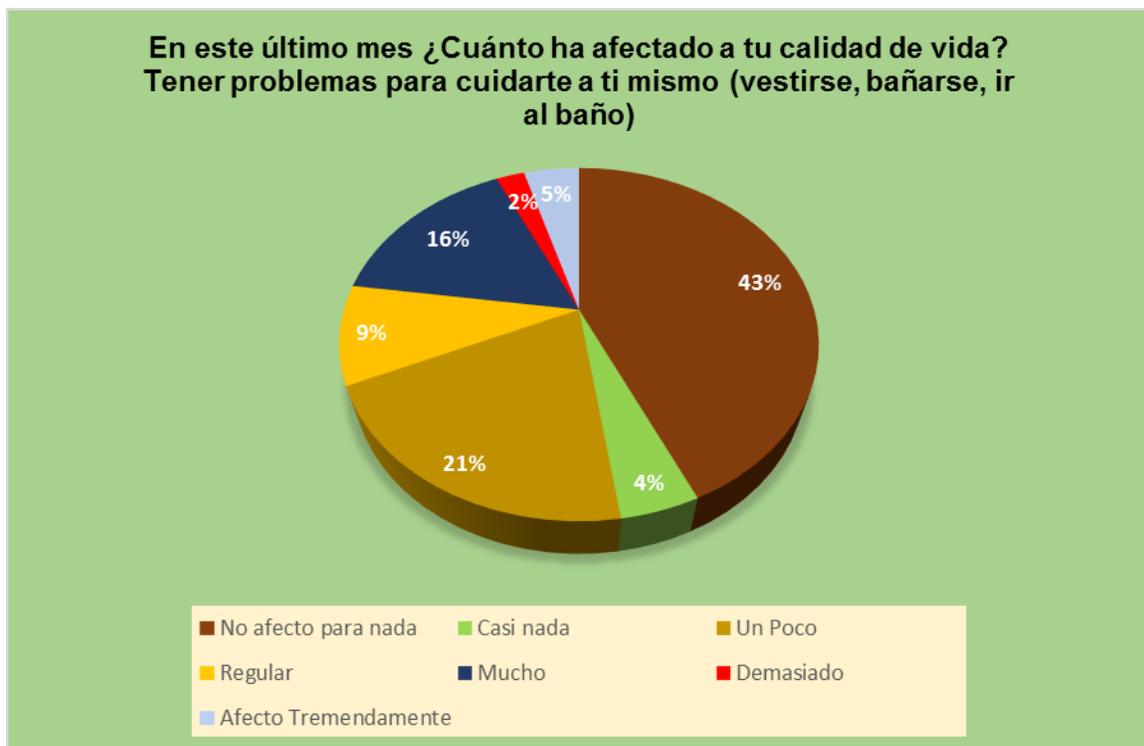
Dimensión Energía/ Movilidad		
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.75
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.857
Varianza		3.448
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		121

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	19	43.2	43.2	43.2
	Casi Nada	2	4.5	4.5	47.7
	Un Poco	9	20.5	20.5	68.2
	Regular	4	9.1	9.1	77.3
	Mucho	7	15.9	15.9	93.2
	Demasiado	1	2.3	2.3	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes no les ha afectado para nada a su calidad de vida, tener problemas para cuidarse a sí mismos (vestirse, bañarse, e ir al baño). Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afecta para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 2.75. De esta forma se interpreta que las personas consultadas no se han visto afectadas para nada, como el tener problemas para cuidarse por sí mismas (vestirse, bañarse, e ir al baño), sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas regularmente.

Grafica número 38.



Cuadro número 39.

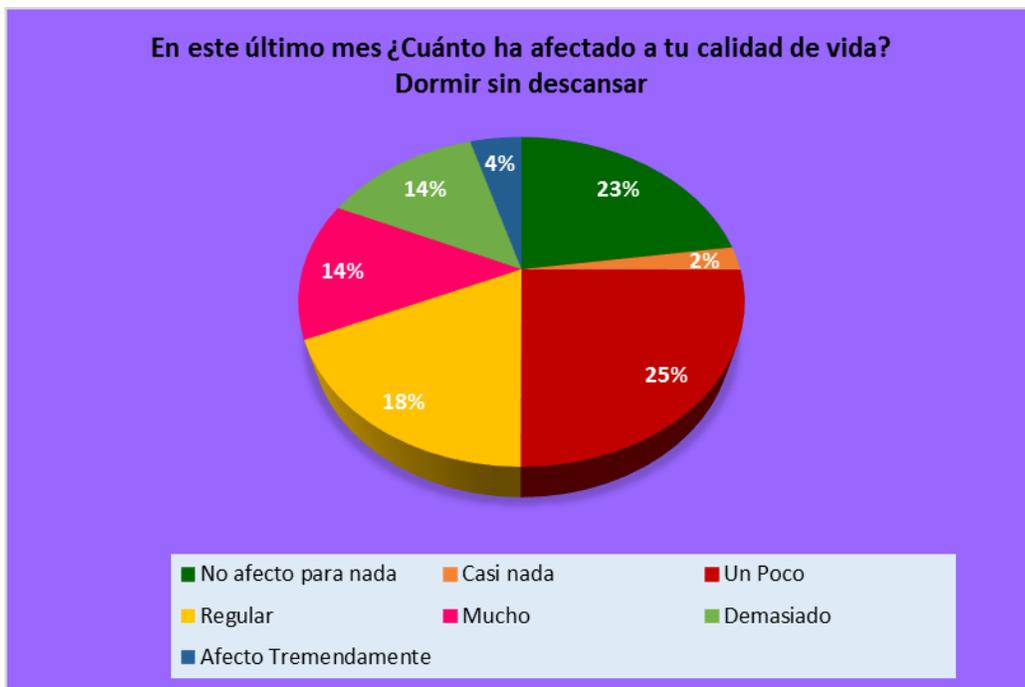
Dimensión Energía/ Movilidad		
35.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Dormir sin descansar		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.57
Mediana		3.50
Moda		3
Desv. típ.		1.835
Varianza		3.367
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		157

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Dormir sin descansar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	10	22.7	22.7	22.7
	Casi Nada	1	2.3	2.3	25.0
	Un Poco	11	25.0	25.0	50.0
	Regular	8	18.2	18.2	68.2
	Mucho	6	13.6	13.6	81.8
	Demasiado	6	13.6	13.6	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, les ha afectado un poco a su calidad de vida dormir sin descansar. Por lo tanto se tiene que la categoría que más se repitió fue 3 (Un poco). La mediana fue de 3.50 y la media de 3.57. De esta forma se interpreta que el dormir sin descansar, solamente afecta un poco a su calidad de vida de las personas que se consultaron.

Grafica número 39.



Cuadro número 40.

Dimensión Energía/ Movilidad		
36.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Caminar más despacio que los demás		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.00
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.855
Varianza		3.442
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		132

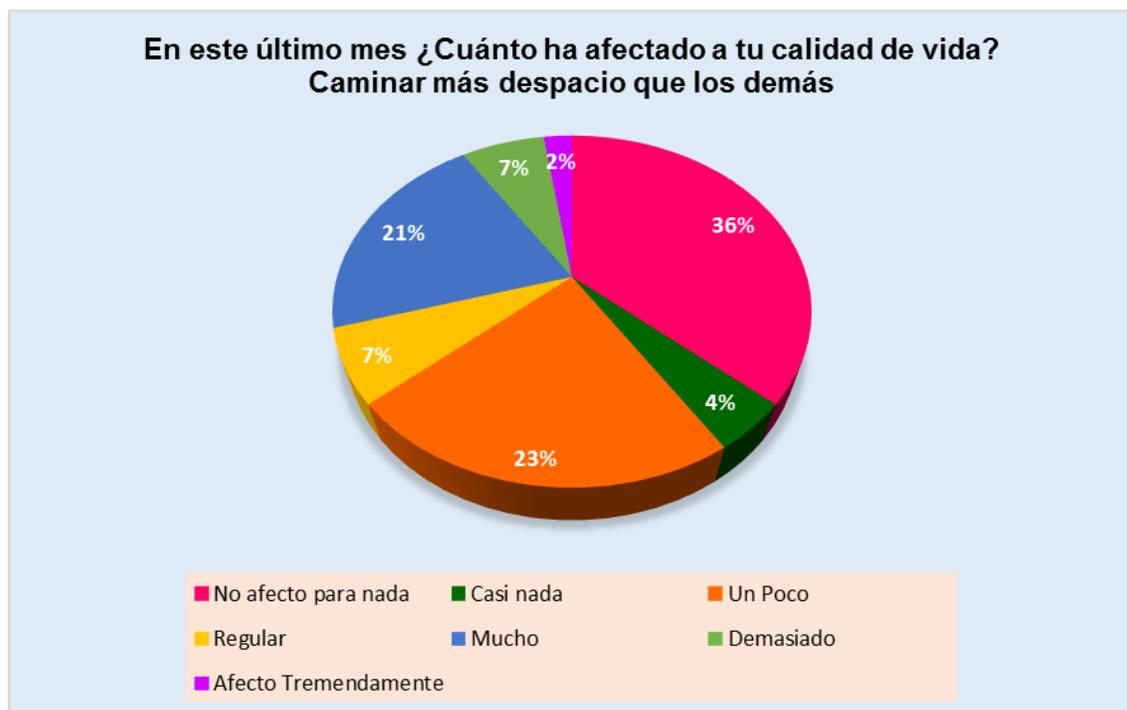
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Caminar más despacio que los demás					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	16	36.4	36.4	36.4
	Casi Nada	2	4.5	4.5	40.9
	Un Poco	10	22.7	22.7	63.6
	Regular	3	6.8	6.8	70.5
	Mucho	9	20.5	20.5	90.9
	Demasiado	3	6.8	6.8	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) elaborado en 1997 por Boyer y Earp aplicado a la Calidad de Vida Relacionado con la Salud a personas con diabetes mellitus tipo II que

acudieron a consulta externa, traumatología y ortopedia hospitalización en medicina interna y urgencias.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no les ha afectado para nada a su calidad de vida, caminar más despacio que los demás. Por lo tanto se encontró que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 3.00. De esta forma, de las personas consultadas, se interpreta que no les ha afectado para nada, aunque un pequeño porcentaje de las personas contestó verse afectadas un poco, el caminar más despacio que los demás.

Grafica número 40.



Cuadro número 41.

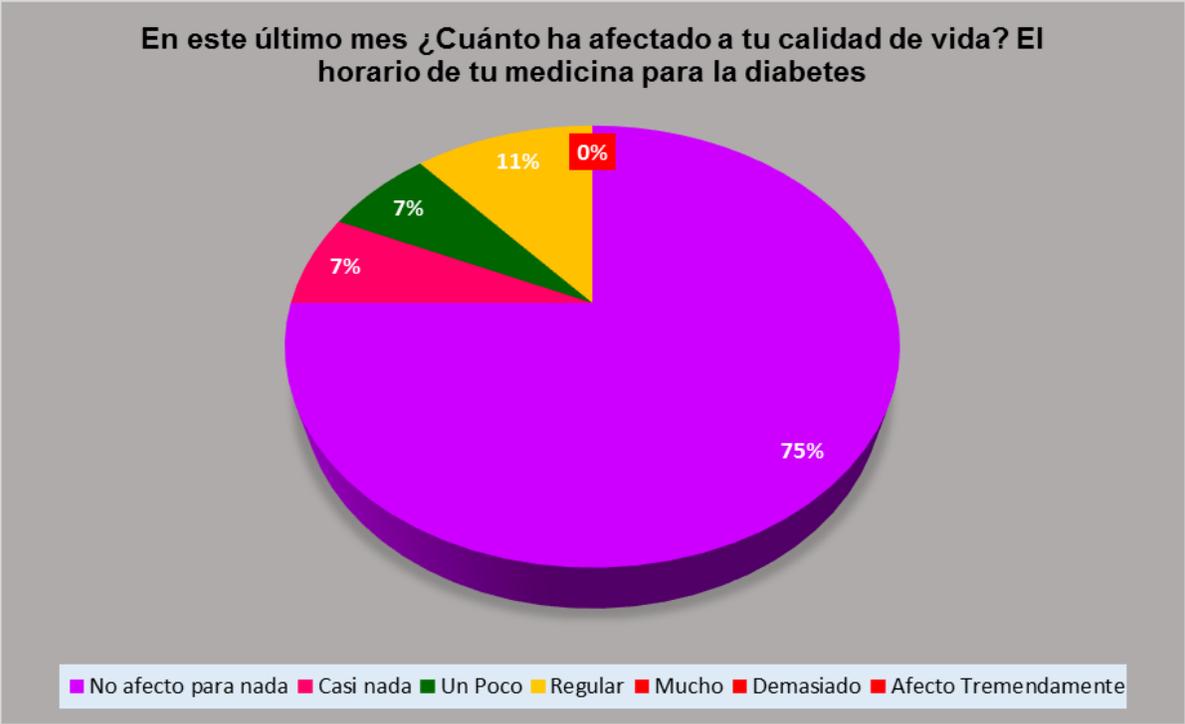
Dimensión Energía/ Movilidad		
1. En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? El horario de tu medicina para la diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.55
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.044
Varianza		1.091
Rango		3
Mínimo		1
Máximo		4
Suma		68

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? El horario de tu medicina para la diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	33	75.0	75.0	75.0
	Casi Nada	3	6.8	6.8	81.8
	Un Poco	3	6.8	6.8	88.6
	Regular	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no les ha afecta para nada a su calidad de vida el horario de sus medicinas para la diabetes. Por lo tanto la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.55.

Grafica número 41.



Cuadro número 42.

Control de la diabetes		
4.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.93
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.404
Varianza		1.972
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		85

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	25	56.8	56.8	56.8
	Casi Nada	8	18.2	18.2	75.0
	Un Poco	6	13.6	13.6	88.6
	Regular	1	2.3	2.3	90.9
	Mucho	2	4.5	4.5	95.5
	Demasiado	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes no les ha afectado para nada a su calidad de vida seguir el tratamiento prescrito que el médico les indicó para la diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.93. De esta forma se interpreta que a las personas que se les encuestó no les afecta para nada seguir el tratamiento prescrito que el médico les indicó para la diabetes.

Grafica número 42.



Cuadro número 43.

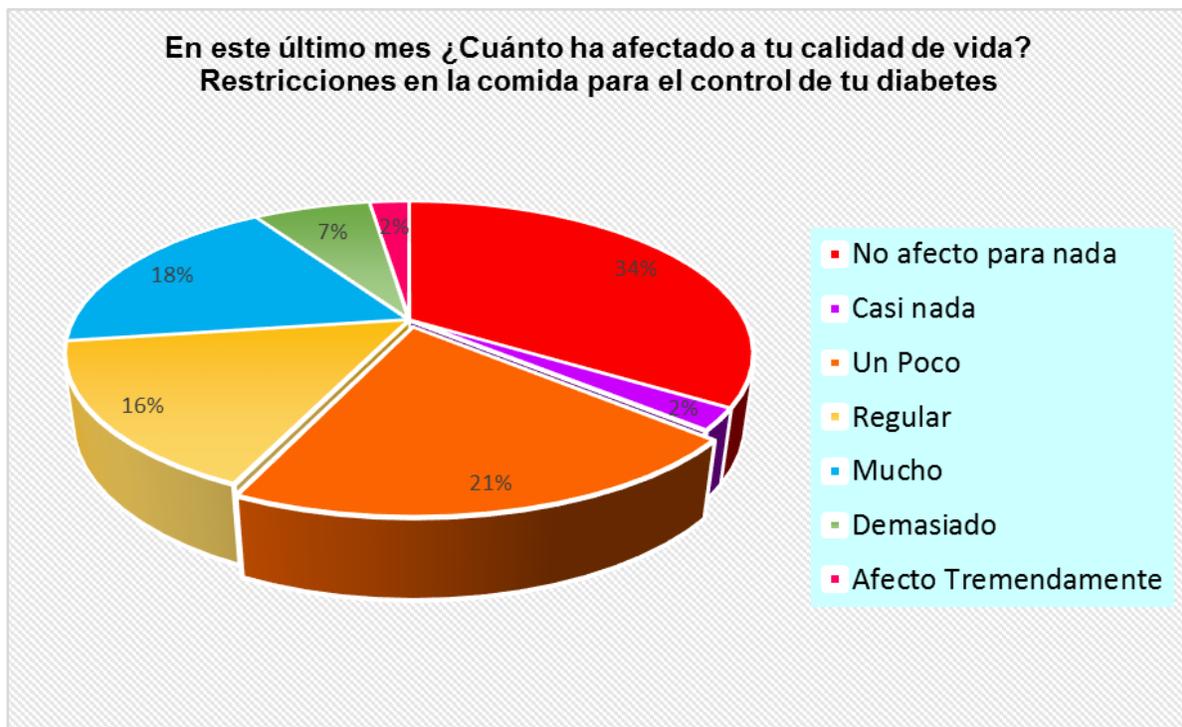
Dimensión Control de la diabetes		
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Restricciones en la comida para el control de tu diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.11
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.820
Varianza		3.312
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		137

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Restricciones en la comida para el control de tu diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	15	34.1	34.1	34.1
	Casi Nada	1	2.3	2.3	36.4
	Un Poco	9	20.5	20.5	56.8
	Regular	7	15.9	15.9	72.7
	Mucho	8	18.2	18.2	90.9
	Demasiado	3	6.8	6.8	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no les ha afectado para nada a su calidad de vida las restricciones en las comidas para el control de la diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 3.11. Es así como se interpreta que las restricciones de las comidas para el control de la diabetes, no se han visto afectadas, sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas regularmente.

Grafica número 43.



Cuadro número 44.

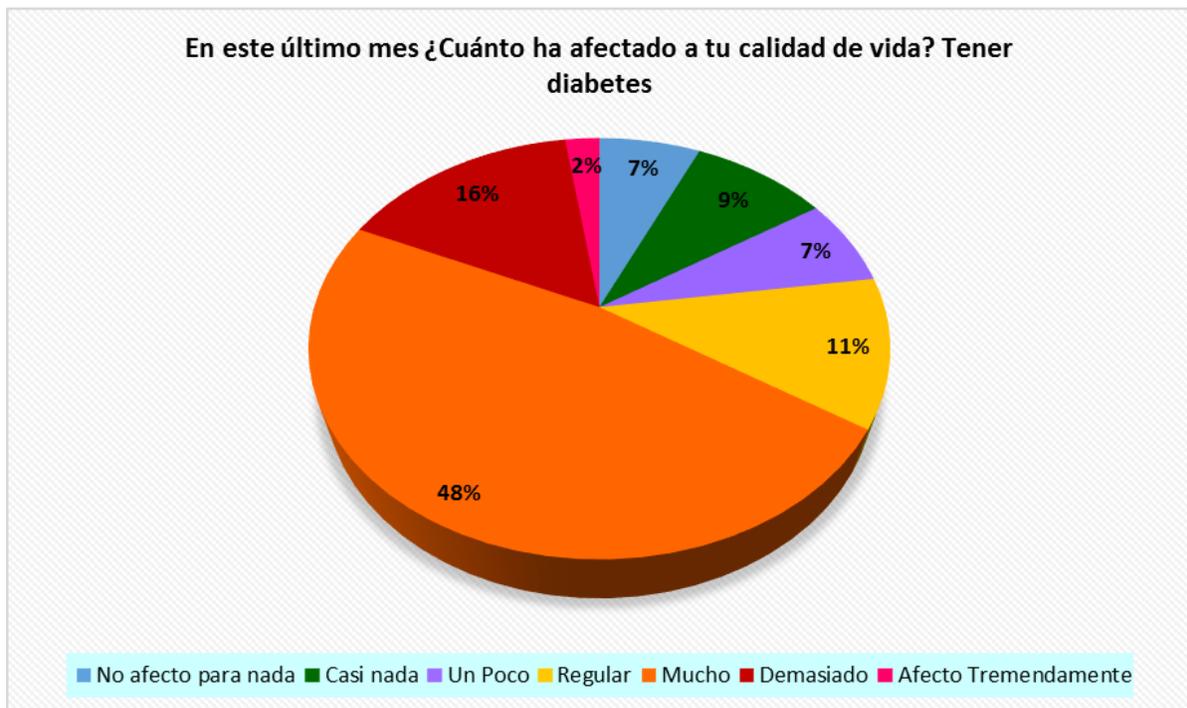
Dimensión Control de la diabetes		
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.41
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.499
Varianza		2.247
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		194

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	3	6.8	6.8	6.8
	Casi Nada	4	9.1	9.1	15.9
	Un Poco	3	6.8	6.8	22.7
	Regular	5	11.4	11.4	34.1
	Mucho	21	47.7	47.7	81.8
	Demasiado	7	15.9	15.9	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes les ha afectado mucho (47.7%) a su calidad de vida tener diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.41. Esto nos interpreta que las personas encuestadas les afecta mucho y de manera significativa el tener diabetes.

Grafica número 44.



Cuadro número 45.

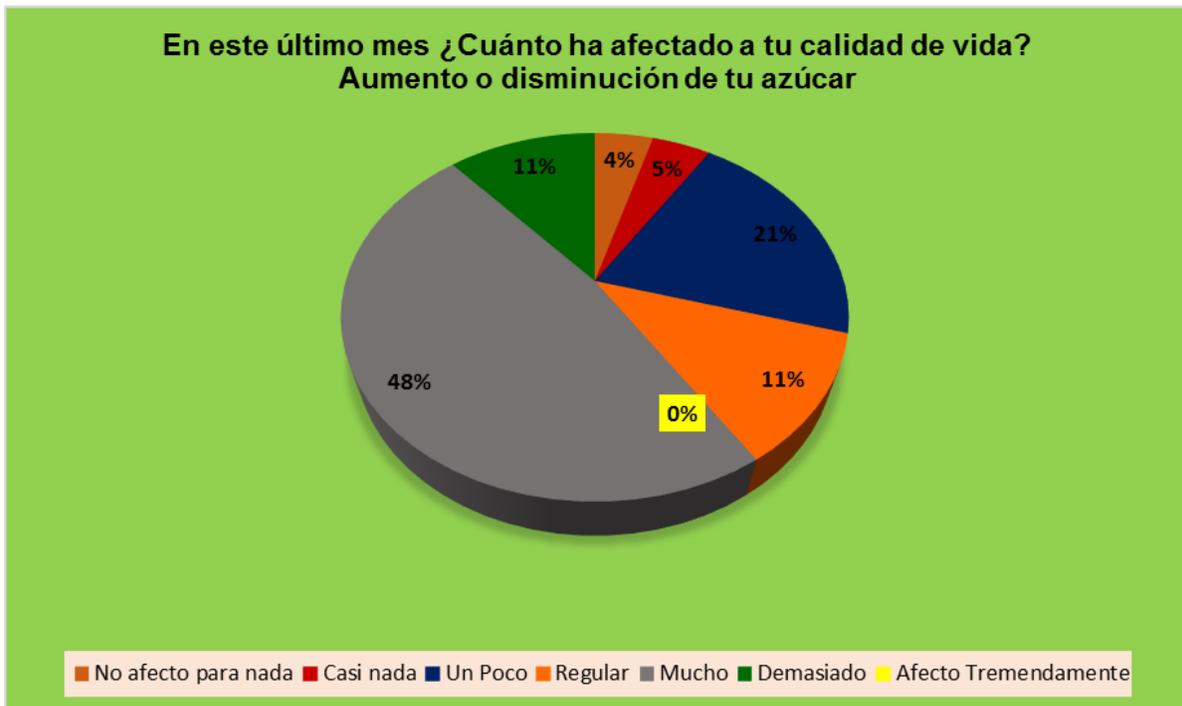
Dimensión Control de la diabetes		
15.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Aumento o disminución de tu azúcar		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.27
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.301
Varianza		1.691
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		188

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Aumento o disminución de tu azúcar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	2	4.5	4.5	4.5
	Casi Nada	2	4.5	4.5	9.1
	Un Poco	9	20.5	20.5	29.5
	Regular	5	11.4	11.4	40.9
	Mucho	21	47.7	47.7	88.6
	Demasiado	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, les ha afectado mucho (47.7%) a su calidad de vida, el aumento o disminución de su azúcar. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.27. De esta forma se interpreta que las personas a quienes se consultaron sí les afecta mucho el aumento o disminución de su azúcar.

Grafica número 45.



Cuadro número 46.

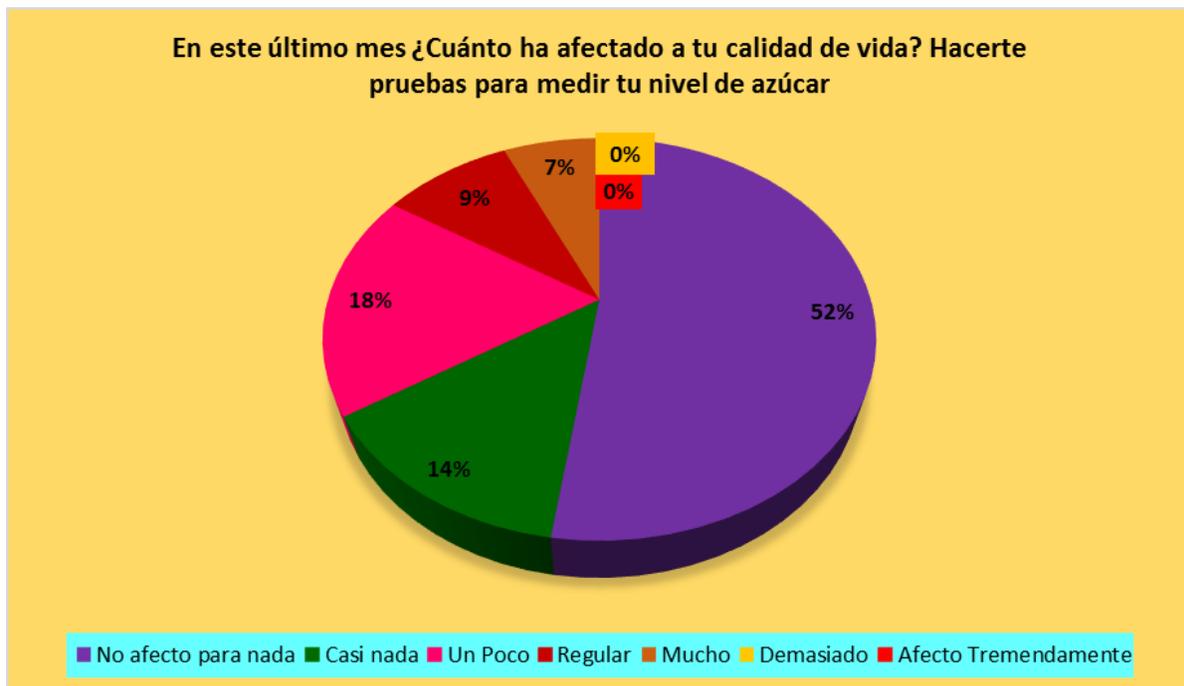
Dimensión Control de la diabetes		
17.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.05
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.311
Varianza		1.719
Rango		4
Mínimo		1
Máximo		5
Suma		90

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	23	52.3	52.3	52.3
	Casi Nada	6	13.6	13.6	65.9
	Un Poco	8	18.2	18.2	84.1
	Regular	4	9.1	9.1	93.2
	Mucho	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no ha afectado para nada a su calidad de vida, hacerse pruebas para medir sus niveles de azúcar. Por lo tanto la categoría que más se repitió fue 1 (No afectado para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 2.05. Es así como se interpreta que en las personas consultadas, el hacerse pruebas para medir sus niveles de azúcar no ha afectado su calidad de vida.

Grafica número 46.



Cuadro número 47.

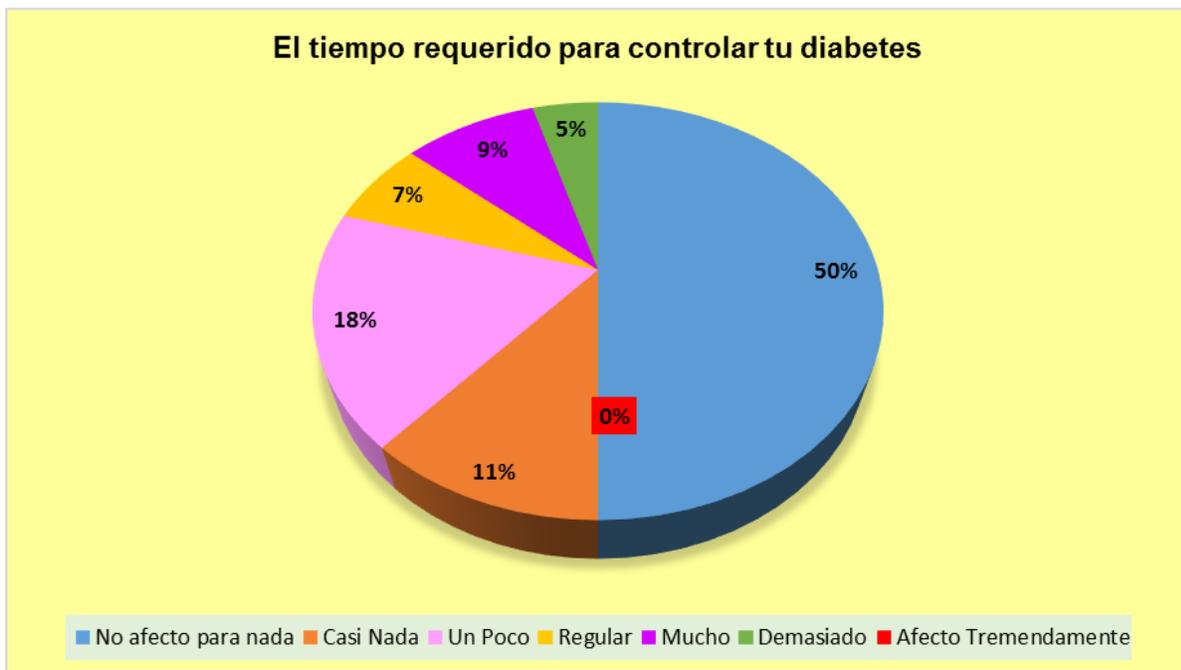
Dimensión Control de la diabetes		
18.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? El tiempo requerido para controlar tu diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.27
Mediana		1.50
Moda		1
Desv. típ.		1.575
Varianza		2.482
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		100

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? El tiempo requerido para controlar tu diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	22	50.0	50.0	50.0
	Casi Nada	5	11.4	11.4	61.4
	Un Poco	8	18.2	18.2	79.5
	Regular	3	6.8	6.8	86.4
	Mucho	4	9.1	9.1	95.5
	Demasiado	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no afectado para nada a su calidad de vida el tiempo requerido para controlar su diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectado para nada). La mediana fue de 1.50 y la media de 2.27. Lo cual interpreta que la de las personas encuestadas refirió que el tiempo requerido para controlar su diabetes no les afecta de manera significativa.

Grafica número 47.



Cuadro número 48.

Dimensión Control de la diabetes		
24.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener tu diabetes bien controlada		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.41
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.207
Varianza		1.457
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		62

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener tu diabetes bien controlada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	38	86.4	86.4	86.4
	Casi Nada	1	2.3	2.3	88.6
	Un Poco	2	4.5	4.5	93.2
	Regular	1	2.3	2.3	95.5
	Mucho	1	2.3	2.3	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes, No afectado para nada a su calidad de vida el tener su diabetes bien controlada. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afecta para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.41. De esta forma se interpreta, que no afectó para nada en las personas consultadas su calidad de vida el tener su diabetes bien controlada.

Grafica número 48.



Cuadro número 49.

Dimensión Control de la diabetes		
27.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Llevar un registro de tus niveles de azúcar		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.95
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.539
Varianza		2.370
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		86

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Llevar un registro de tus niveles de azúcar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	27	61.4	61.4	61.4
	Casi Nada	5	11.4	11.4	72.7
	Un Poco	7	15.9	15.9	88.6
	Mucho	3	6.8	6.8	95.5
	Demasiado	1	2.3	2.3	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no les ha afectado para nada su calidad de vida el llevar un registro de los niveles de glucosa. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.95. Es así como se interpreta que el llevar un registro de los niveles de glucosa no ha afectado para nada a las personas encuestadas.

Grafica número 49.



Cuadro número 50.

Dimensión Control de la diabetes		
28.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La necesidad de comer a cada rato		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.27
Mediana		2.00
Moda		1
Desv. típ.		1.546
Varianza		2.389
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		100

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La necesidad de comer a cada rato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	21	47.7	47.7	47.7
	Casi Nada	7	15.9	15.9	63.6
	Un Poco	7	15.9	15.9	79.5
	Regular	2	4.5	4.5	84.1
	Mucho	6	13.6	13.6	97.7
	Demasiado	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no ha afectado para nada a su calidad de vida, la necesidad de comer a cada rato. La categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 2.00 y la media de 2.27. De esta forma se interpreta que a las personas que participaron sin embargo sólo algunas personas contestaron sentirse afectadas regularmente.

Grafica número 50.



Cuadro número 51.

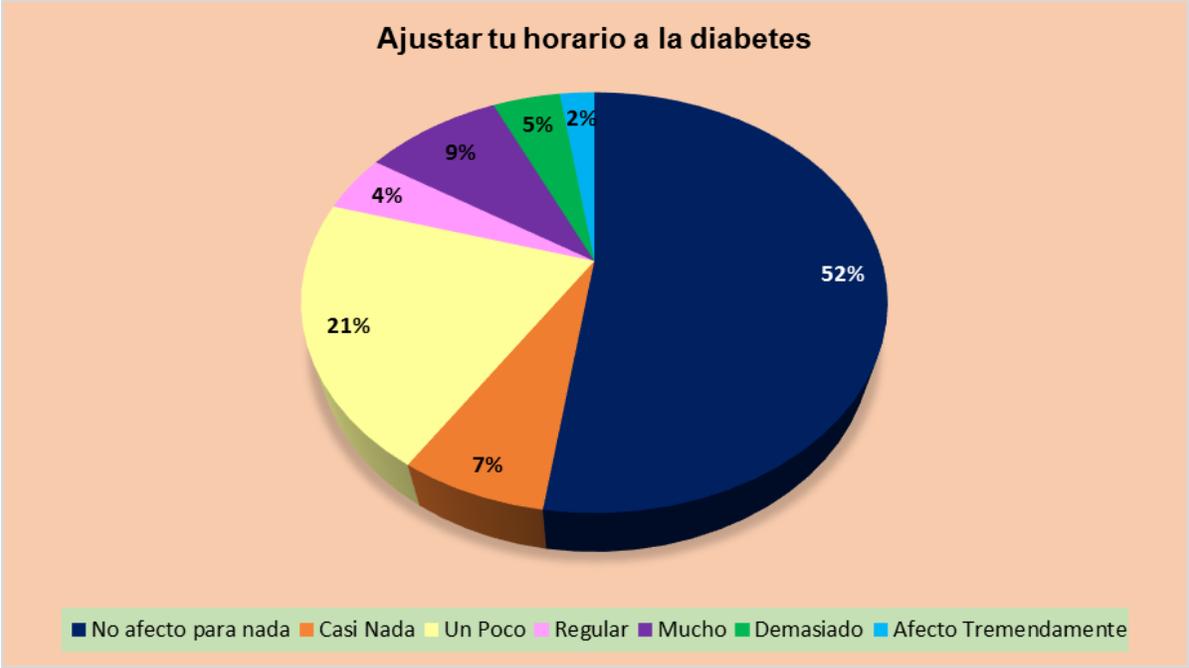
Dimensión Control de la diabetes		
31.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Ajustar tu horario a la diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.34
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.725
Varianza		2.974
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		103

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Ajustar tu horario a la diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	23	52.3	52.3	52.3
	Casi Nada	3	6.8	6.8	59.1
	Un Poco	9	20.5	20.5	79.5
	Regular	2	4.5	4.5	84.1
	Mucho	4	9.1	9.1	93.2
	Demasiado	2	4.5	4.5	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no ha afectado para nada a su calidad de vida ajustar su horario a la diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 2.34. Es así como se interpreta que de las personas consultadas, el ajustar su horario a la diabetes no les afectó de manera significativa.

Grafica número 51.



Cuadro número 52.

Dimensión Control de la diabetes		
39.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La Diabetes en general		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.07
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.934
Varianza		3.739
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		179

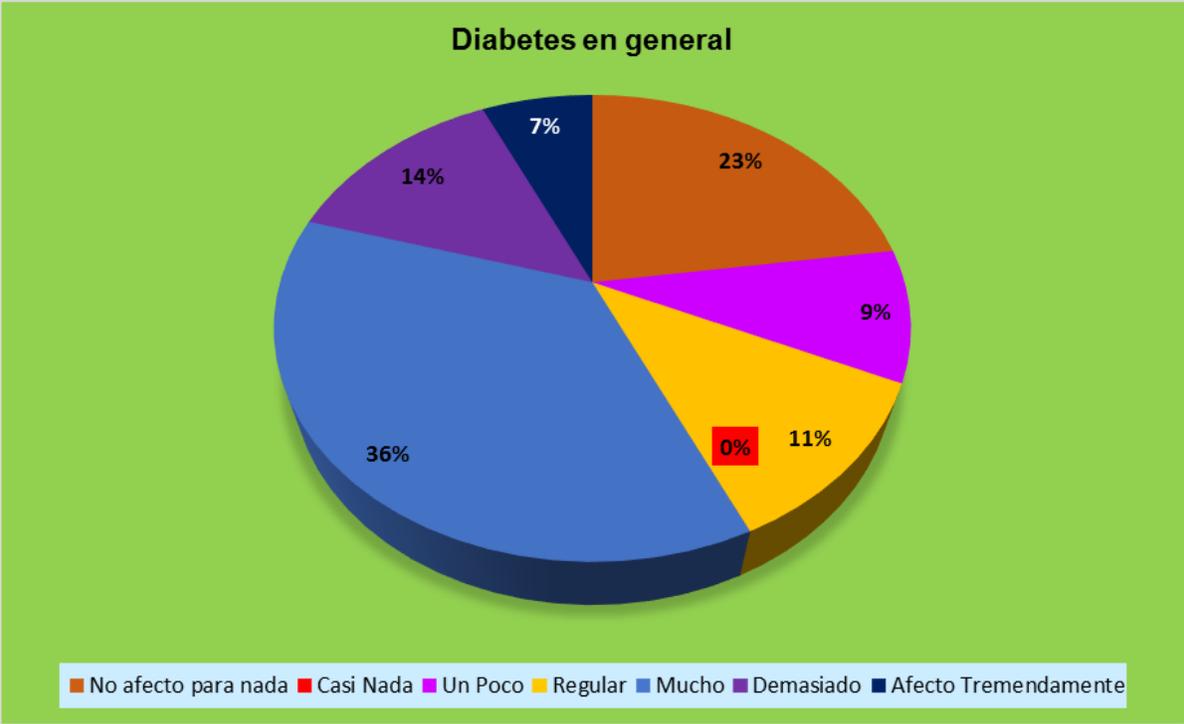
En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La Diabetes en general					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	10	22.7	22.7	22.7
	Un Poco	4	9.1	9.1	31.8
	Regular	5	11.4	11.4	43.2
	Mucho	16	36.4	36.4	79.5
	Demasiado	6	13.6	13.6	93.2
	Afectó Tremendamente	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes les ha afectado mucho en su calidad de vida, la

diabetes en general. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.07. De esta forma se interpreta que las personas consultadas les han afectado mucho el tener diabetes en general.

Grafica número 52.



Cuadro número 53.

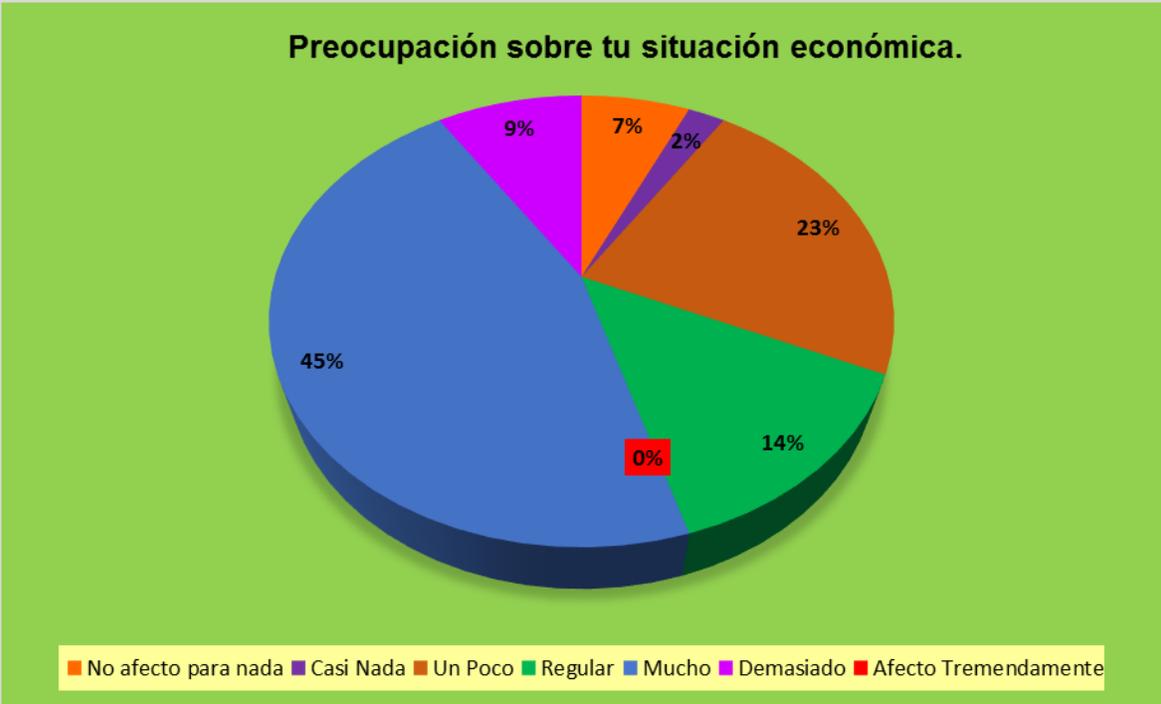
Dimensión de Ansiedad/Preocupación		
2. En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Preocupación sobre tu situación económica		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.16
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.328
Varianza		1.765
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		183

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Preocupación sobre tu situación económica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	3	6.8	6.8	6.8
	Casi Nada	1	2.3	2.3	9.1
	Un Poco	10	22.7	22.7	31.8
	Regular	6	13.6	13.6	45.5
	Mucho	20	45.5	45.5	90.9
	Demasiado	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De acuerdo a los resultados obtenidos, las personas con diabetes mellitus tipo II consideran que e el último mes, sí les ha afectado a su calidad de vida la preocupación sobre su situación económica. La categoría que más repitió fue 5 (mucho), con una mediana de 5.00 y media de 4.16. La preocupación sobre su situación económica sí afecta a la calidad de vida.

Grafica número 53.



Cuadro número 54.

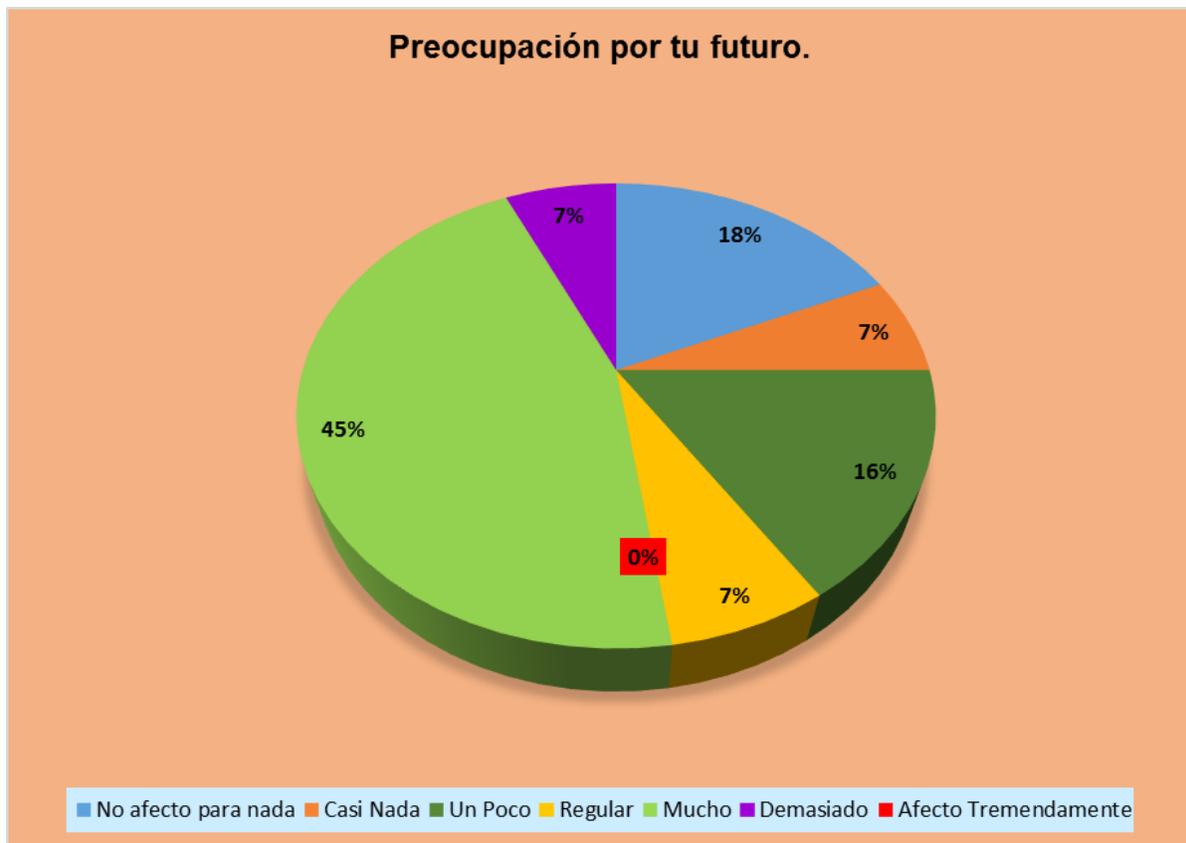
Dimensión de Ansiedad/Preocupación		
6.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Preocupación por tu futuro		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.75
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.672
Varianza		2.797
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		165

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Preocupación por tu futuro					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	8	18.2	18.2	18.2
	Casi Nada	3	6.8	6.8	25.0
	Un Poco	7	15.9	15.9	40.9
	Regular	3	6.8	6.8	47.7
	Mucho	20	45.5	45.5	93.2
	Demasiado	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes les ha afectado mucho a su calidad de vida la preocupación por tu futuro. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 3.75. De esta forma se interpreta que sí le afecta mucho la preocupación por su futuro.

Grafica número 54.



Cuadro número 55.

Dimensión de Ansiedad/Preocupación		
8.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estrés o presiones en tu vida		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.98
Mediana		4.00
Moda		5
Desv. típ.		1.577
Varianza		2.488
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		175

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estrés o presiones en tu vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	4	9.1	9.1	9.1
	Casi Nada	4	9.1	9.1	18.2
	Un Poco	9	20.5	20.5	38.6
	Regular	7	15.9	15.9	54.5
	Mucho	13	29.5	29.5	84.1
	Demasiado	6	13.6	13.6	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes les ha afectado mucho a su calidad de vida, el estrés o presiones en su vida. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 4.00 y la media de 3.98. De esta forma se interpreta que para las personas consultadas el tener estrés o presiones en su vida sí les ha afectado de manera significativa, sin embargo un porcentaje consideró verse afectados un poco (20.5%).

Grafica número 55.



Cuadro número 56.

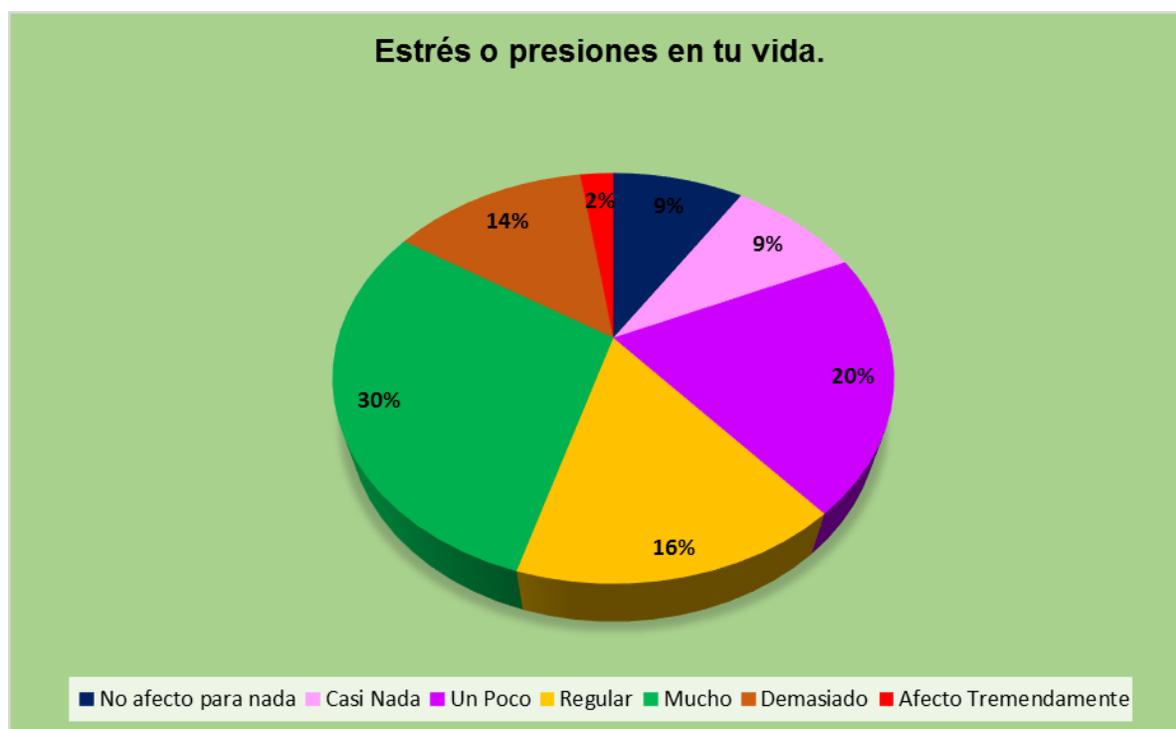
Dimensión de Ansiedad/Preocupación		
22.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Sentirse triste o deprimido		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.07
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		1.676
Varianza		2.809
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		179

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Sentirse triste o deprimido					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	6	13.6	13.6	13.6
	Casi Nada	2	4.5	4.5	18.2
	Un Poco	8	18.2	18.2	36.4
	Regular	2	4.5	4.5	40.9
	Mucho	21	47.7	47.7	88.6
	Demasiado	3	6.8	6.8	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes, les ha afectado mucho a su calidad de vida el sentirse triste o deprimido. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 5 (Mucho). La mediana fue de 5.00 y la media de 4.07. De esta forma se interpreta que a las personas consultadas les ha afectado de manera significativa el sentirse triste o deprimidos.

Grafica número 56.



Cuadro número 57.

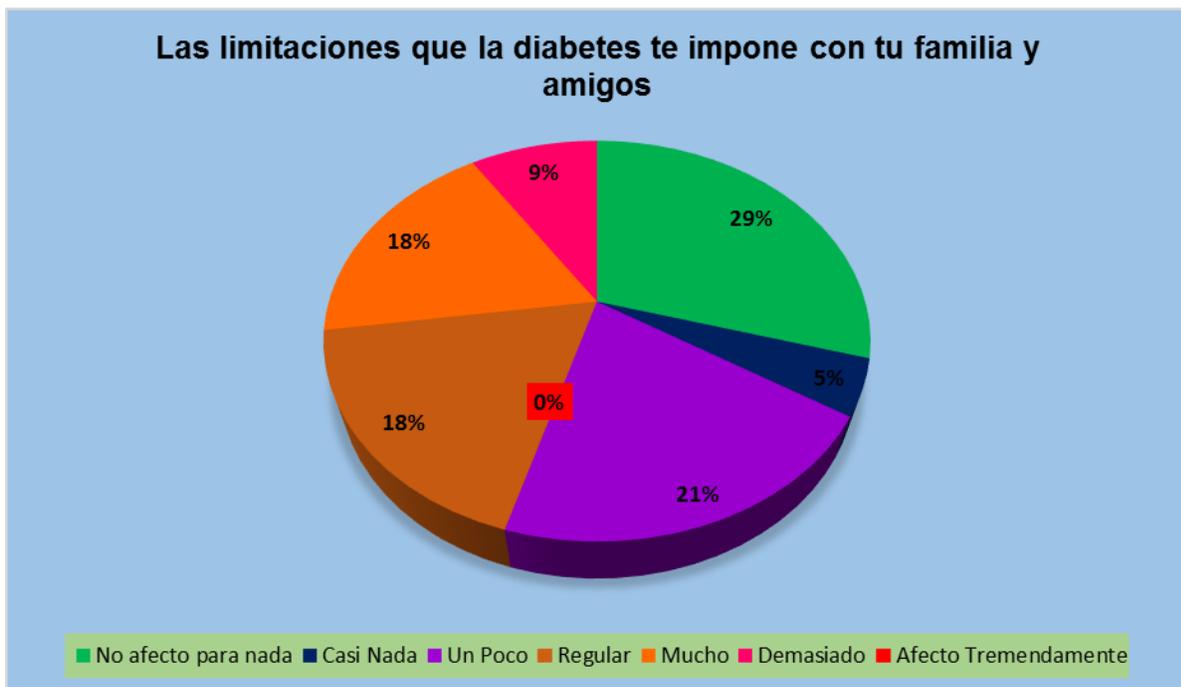
Dimensión de Carga social		
10.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Las limitaciones que la diabetes te impone con tu familia y amigos		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.18
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.729
Varianza		2.989
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		140

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Las limitaciones que la diabetes te impone con tu familia y amigos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	13	29.5	29.5	29.5
	Casi Nada	2	4.5	4.5	34.1
	Un Poco	9	20.5	20.5	54.5
	Regular	8	18.2	18.2	72.7
	Mucho	8	18.2	18.2	90.9
	Demasiado	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes no ha afectado para nada a su calidad de vida las limitaciones que la diabetes les impone con sus familias y amigos. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectado para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 3.18. De esta forma se interpreta que las personas, a las cuales se consultaron, no les ha afectado de manera significativa, sin embargo un pequeño porcentaje expresaron verse un poco afectados (20.5%) en su calidad de vida.

Grafica número 57.



Cuadro número 58.

Dimensión de Carga social		
20.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estar avergonzado debido a tu diabetes		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.89
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.513
Varianza		2.289
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		83

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estar avergonzado debido a tu diabetes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	30	68.2	68.2	68.2
	Casi Nada	2	4.5	4.5	72.7
	Un Poco	6	13.6	13.6	86.4
	Regular	1	2.3	2.3	88.6
	Mucho	3	6.8	6.8	95.5
	Demasiado	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no afectó para nada a su calidad de vida el estar avergonzado debido a su diabetes. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectado para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.89. De esta forma se interpreta que las personas que respondieron no se ven afectadas por el estar avergonzadas debido a su diabetes.

Grafica número 58.



Cuadro número 59.

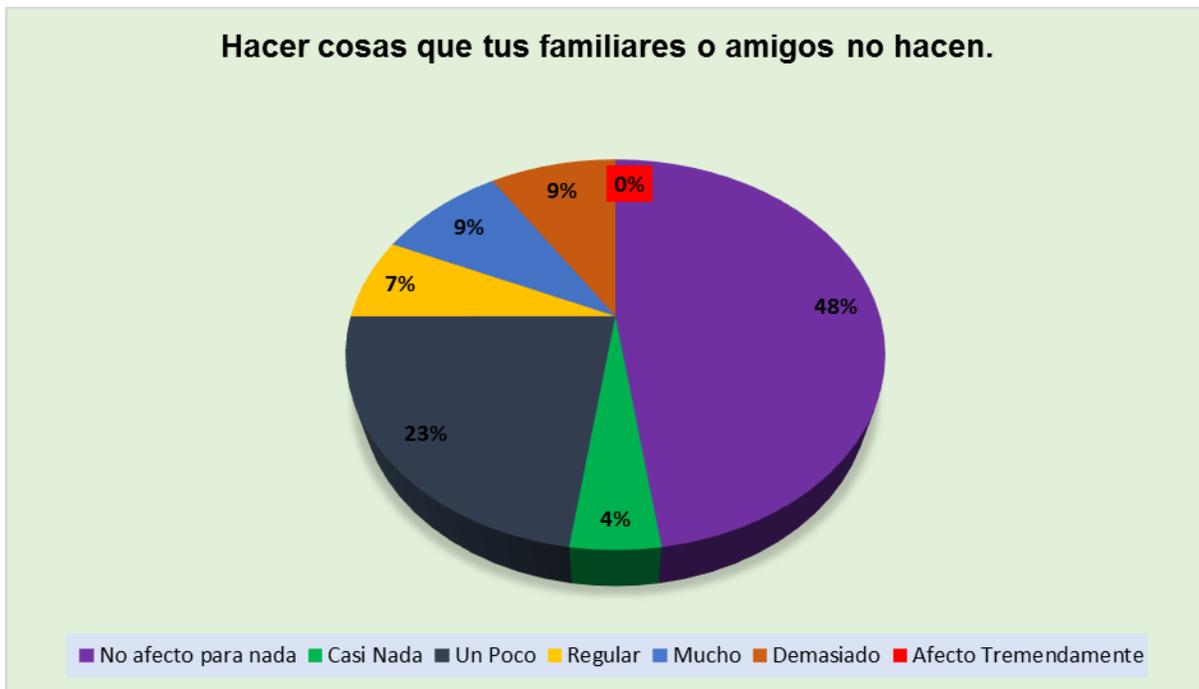
Dimensión de Carga social		
26.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.52
Mediana		2.00
Moda		1
Desv. típ.		1.745
Varianza		3.046
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		111

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	21	47.7	47.7	47.7
	Casi Nada	2	4.5	4.5	52.3
	Un Poco	10	22.7	22.7	75.0
	Regular	3	6.8	6.8	81.8
	Mucho	4	9.1	9.1	90.9
	Demasiado	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no afectado para nada a su calidad de vida hacer cosas que sus familiares o amigos no hacen. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 2.00 y la media de 2.52. De esta forma se interpreta que las personas consultadas no les afecta el hacer cosas que sus familiares y amigos no hacen.

Grafica número 59.



Cuadro número 60.

Dimensión de Carga social		
37.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estar etiquetado como diabético		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		1.98
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		1.732
Varianza		2.999
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		87

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Estar etiquetado como diabético					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	29	65.9	65.9	65.9
	Casi Nada	5	11.4	11.4	77.3
	Un Poco	3	6.8	6.8	84.1
	Regular	1	2.3	2.3	86.4
	Mucho	3	6.8	6.8	93.2
	Demasiado	1	2.3	2.3	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no afectado para nada a su calidad de vida estar etiquetado como diabético. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 1.00 y la media de 1.98. De esta forma se interpreta que las personas consultadas, el estar etiquetados como diabéticos no les afecta de manera significativa.

Grafica número 60.



Cuadro número 61.

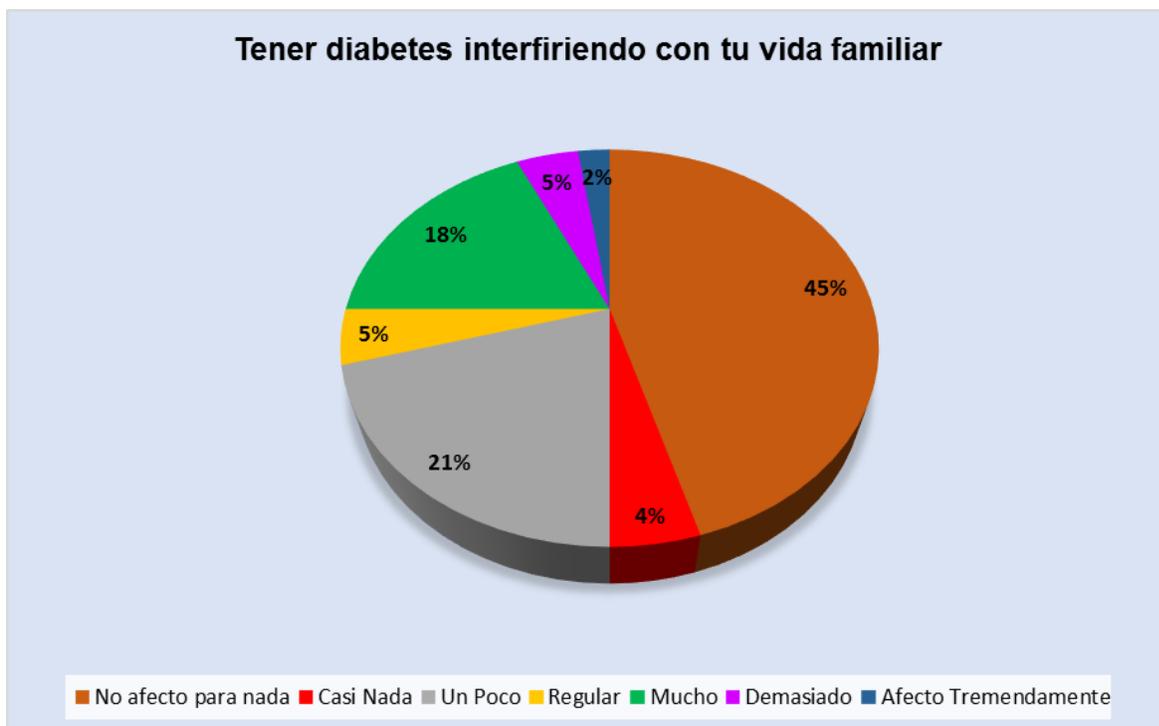
Dimensión de Carga social		
38.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.68
Mediana		2.50
Moda		1
Desv. típ.		1.840
Varianza		3.385
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		118

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	20	45.5	45.5	45.5
	Casi Nada	2	4.5	4.5	50.0
	Un Poco	9	20.5	20.5	70.5
	Regular	2	4.5	4.5	75.0
	Mucho	8	18.2	18.2	93.2
	Demasiado	2	4.5	4.5	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se tuvo como respuesta que en este último mes no afectado para nada a su calidad de vida el tener diabetes interfiriendo con su vida familiar. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 2.50 y la media de 2.68. De esta forma se interpreta que tener diabetes, interfiriendo con su vida familiar, no afecta de manera considerada, sin embargo el 20% considera que le afecta Un Poco a su calidad de vida.

Grafica número 61.



Cuadro número 62.

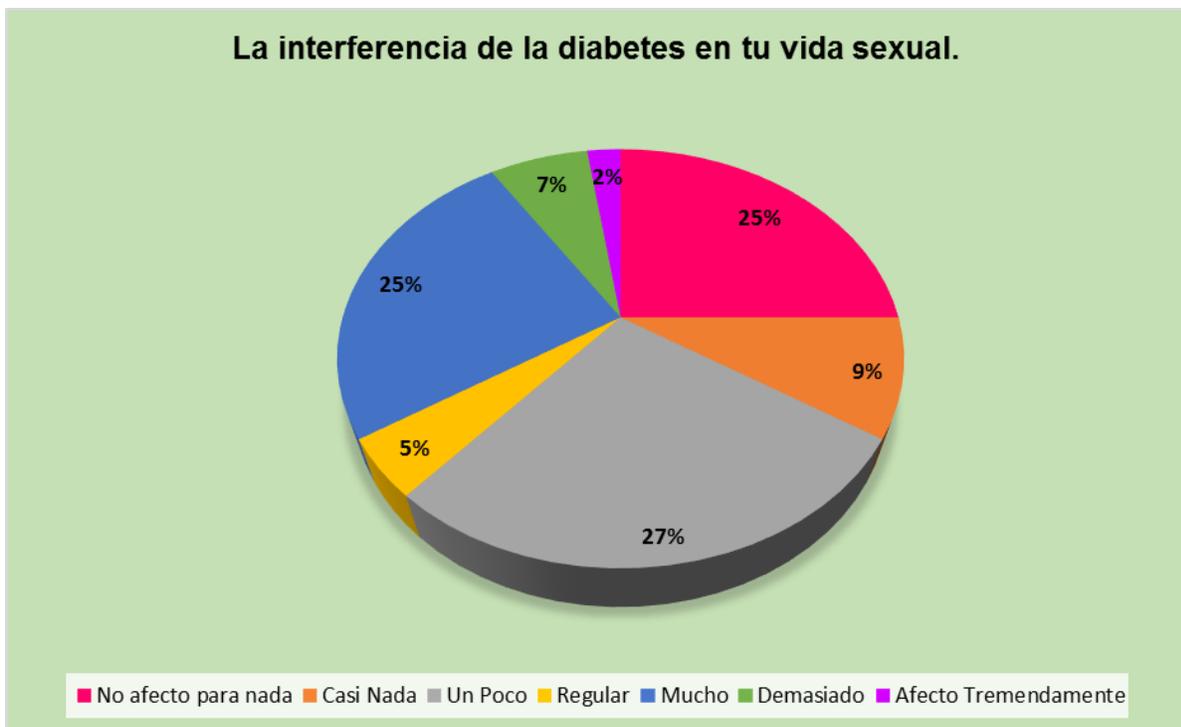
Dimensión del Funcionamiento sexual		
21.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La interferencia de la diabetes en tu vida sexual		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.25
Mediana		3.00
Moda		3
Desv. típ.		1.767
Varianza		3.122
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		143

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? La interferencia de la diabetes en tu vida sexual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	11	25.0	25.0	25.0
	Casi Nada	4	9.1	9.1	34.1
	Un Poco	12	27.3	27.3	61.4
	Regular	2	4.5	4.5	65.9
	Mucho	11	25.0	25.0	90.9
	Demasiado	3	6.8	6.8	97.7
	Afectó Tremendamente	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

Las personas con diabetes mellitus tipo II respondieron que en este último mes, les ha afectado sólo un poco a su calidad de vida la interferencia de la diabetes en su vida sexual. La categoría que más repitió fue 3 (un poco). La mediana fue de 3.00 y la media de 3.25. Lo que significa que la vida sexual de las personas con diabetes mellitus tipo II no se ve afectado significativamente.

Grafica número 62.



Cuadro número 63.

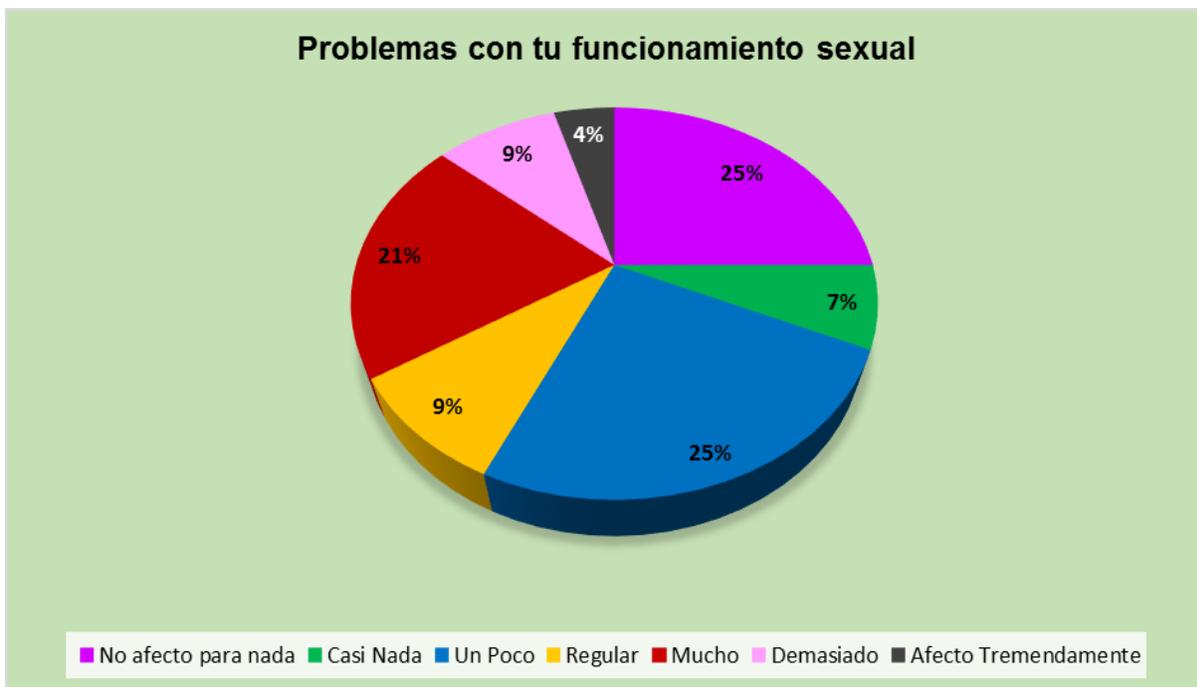
Dimensión del Funcionamiento sexual		
23.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Problemas con tu funcionamiento sexual		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.39
Mediana		3.00
Moda		1 ^a
Desv. típ.		1.858
Varianza		3.452
Rango		6
Mínimo		1
Máximo		7
Suma		149

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Problemas con tu funcionamiento sexual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	11	25.0	25.0	25.0
	Casi Nada	3	6.8	6.8	31.8
	Un Poco	11	25.0	25.0	56.8
	Regular	4	9.1	9.1	65.9
	Mucho	9	20.5	20.5	86.4
	Demasiado	4	9.1	9.1	95.5
	Afectó Tremendamente	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes, no afectado para nada a su calidad de vida los problemas con su funcionamiento sexual. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 3.39. De esta forma se interpreta; de las respuestas obtenidas de las personas consultadas respecto a problemas con su funcionamiento sexual no se ha visto afectados de manera significativa, sin embargo se encontró un 25% que respondió Un Poco y un 20.5% que contestó Mucho, por lo que sí existe afectación en su calidad de vida.

Grafica número 63.



Cuadro número 64.

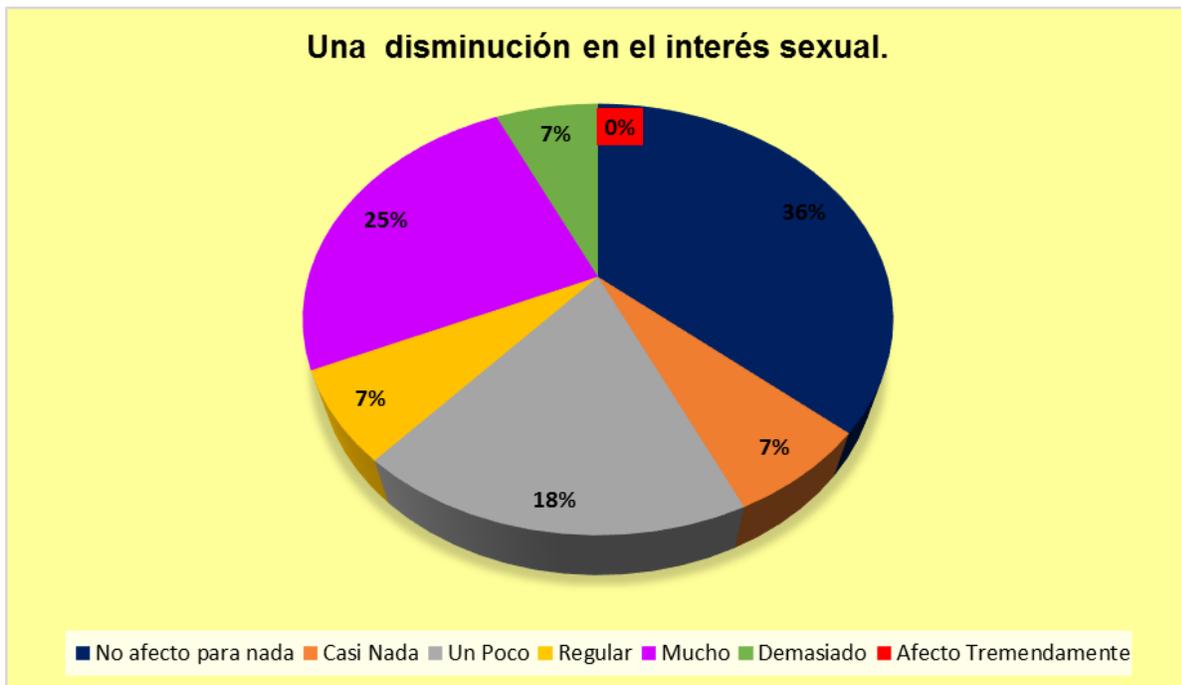
Dimensión del Funcionamiento sexual		
30.- En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Disminución en el interés sexual		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.98
Mediana		3.00
Moda		1
Desv. típ.		1.811
Varianza		3.279
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		131

En este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida? Disminución en el interés sexual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No afectó para nada	16	36.4	36.4	36.4
	Casi Nada	3	6.8	6.8	43.2
	Un Poco	8	18.2	18.2	61.4
	Regular	3	6.8	6.8	68.2
	Mucho	11	25.0	25.0	93.2
	Demasiado	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento específico Diabetes 39 (D39) aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas que se consultaron con diabetes mellitus tipo II, se obtuvo como respuesta que en este último mes no afectado para nada a su calidad de vida la disminución en el interés sexual. Por lo tanto se obtuvo que la categoría que más se repitió fue 1 (No afectó para nada). La mediana fue de 3.00 y la media de 2.98. Así de esta manera se interpreta; que las personas consultadas respondieron respecto a una disminución en el interés sexual no se ha visto afectados de manera significativa; sin embargo el 25% respondieron Mucho y el 18.2% se vieron afectados.

Grafica número 64.



Resultados de variable sufrimiento espiritual

Cuadro número 65.

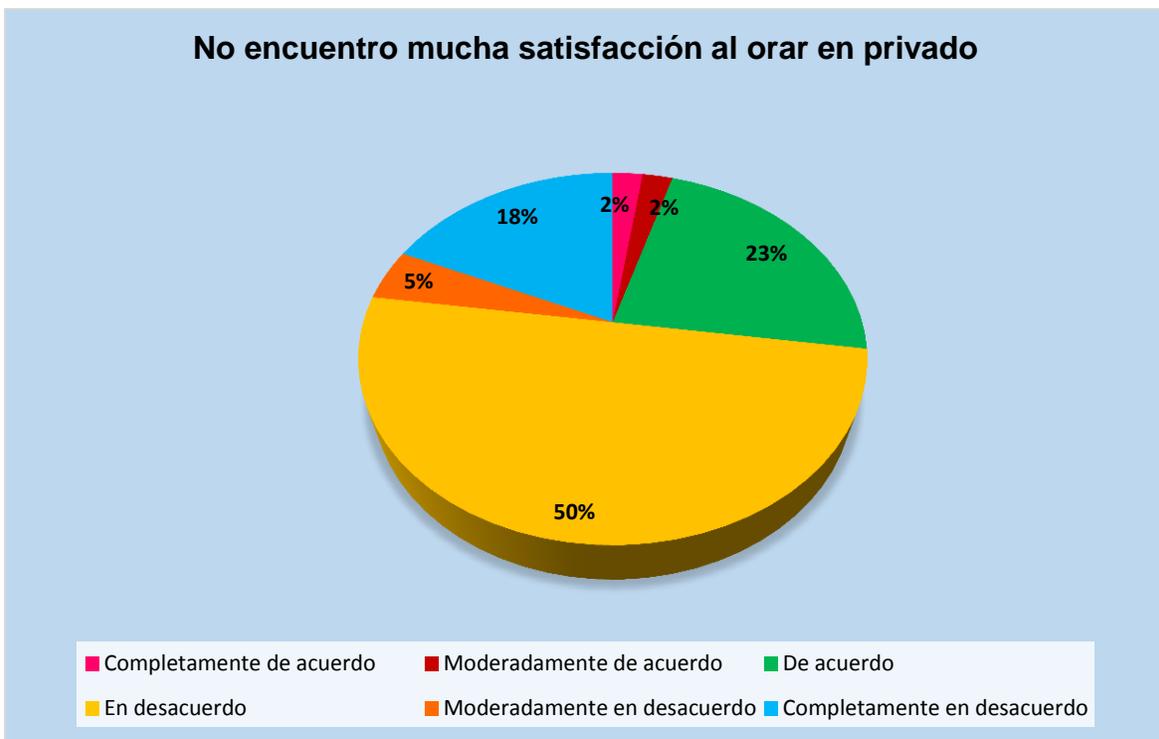
Dimensión Religiosa		
1. No encuentro mucha satisfacción al orar en privado (Ítems Negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.07
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.149
Varianza		1.321
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		179

No encuentro mucha satisfacción al orar en privado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	4.5
	De acuerdo	10	22.7	22.7	27.3
	En desacuerdo	22	50.0	50.0	77.3
	Moderadamente en desacuerdo	2	4.5	4.5	81.8
	Completamente en desacuerdo	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas se encontró que están en desacuerdo al no encontrar mucha satisfacción al orar en privado, con una moda de 4 que significa (En desacuerdo), se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.07

Grafica número 65.



Cuadro número 66.

Dimensión existencial		
2.- No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy. (Ítems Negativo)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.75
Mediana		4.00
Moda		3
Desv. típ.		1.222
Varianza		1.494
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		165

No sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	2	4.5	4.5	4.5
	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	6.8
	De acuerdo	18	40.9	40.9	47.7
	En desacuerdo	14	31.8	31.8	79.5
	Moderadamente en desacuerdo	3	6.8	6.8	86.4
	Completamente en desacuerdo	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

En las personas consultadas, se encontró estar de acuerdo al contestar no saber quién son, de dónde vienen o a dónde van, con una moda de 3 que significa (De acuerdo), por lo que se concluye que sí existe sufrimiento espiritual y en un grupo considerable existe bienestar espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 3.75.

Grafica número 66.



Cuadro número 67.

Dimensión religiosa		
3.- Creo que Dios me ama y creo que sí le importo. (ítems positivo)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.45
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.066
Varianza		1.137
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		196

Creo que Dios me ama y creo que sí le importo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	1	2.3	2.3	4.5
	De acuerdo	30	68.2	68.2	72.7
	Completamente de acuerdo	12	27.3	27.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están de acuerdo en que Dios los ama y creen que sí les importa, con una moda de 4 que significa (De acuerdo), se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.45.

Grafica número 67.



Cuadro número 68.

Dimensión existencial		
4. Creo que la vida es una experiencia positiva (Ítems positivo)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.43
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.998
Varianza		.995
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		195

Creo que la vida es una experiencia positiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	1	2.3	2.3	4.5
	De acuerdo	28	63.6	63.6	68.2
	Moderadamente de acuerdo	5	11.4	11.4	79.5
	Completamente de acuerdo	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están de acuerdo al creer que la vida es una experiencia positiva, con una moda de 4 que significa (De acuerdo); por lo que se concluye que existe bienestar espiritual en la dimensión existencial, se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.43.

Grafica número 68.



Cuadro número 69.

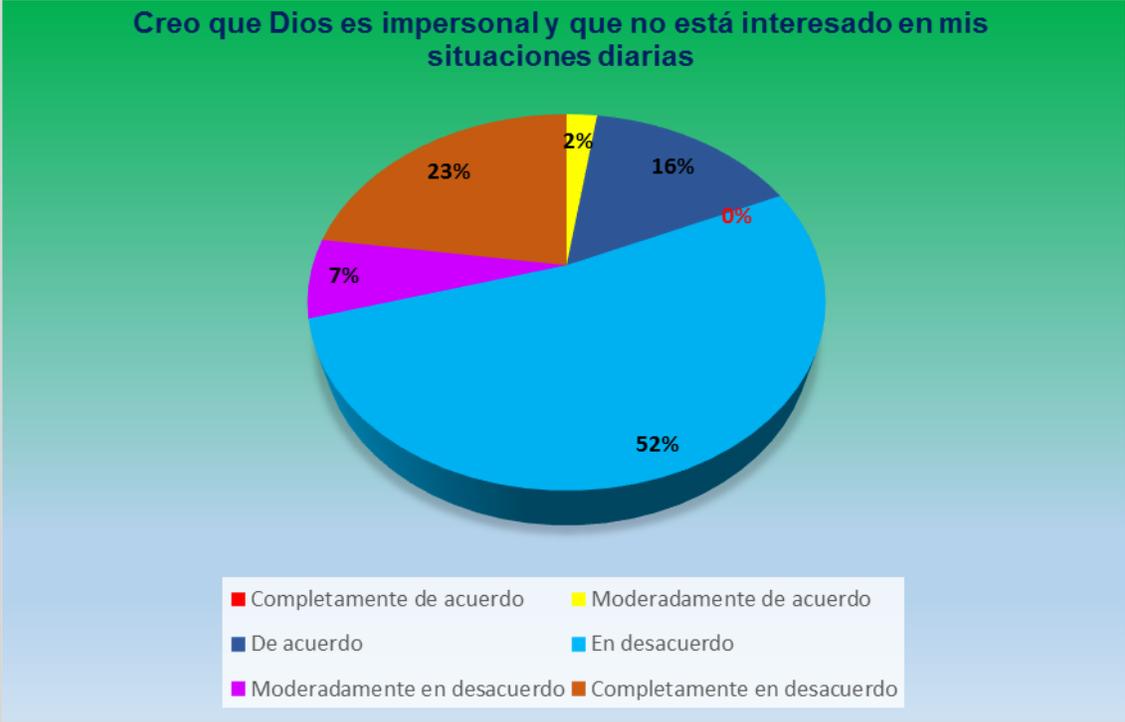
Dimensión religiosa		
5. Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias (ítem negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.32
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.073
Varianza		1.152
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		190

Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	De acuerdo	7	15.9	15.9	18.2
	En desacuerdo	23	52.3	52.3	70.5
	Moderadamente en desacuerdo	3	6.8	6.8	77.3
	Completamente en desacuerdo	10	22.7	22.7	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están en desacuerdo, en creer que Dios es impersonal y que no está interesado en sus situaciones diarias, con una moda de 4 que significa (En desacuerdo), se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.32.

Grafica número 69.



Cuadro número 75.

Dimensión existencial		
6. Siento que mi futuro es incierto. (Ítem negativo)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.50
Mediana		3.00
Moda		3
Desv. típ.		.928
Varianza		.860
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		154

Siento que mi futuro es incierto					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	4.5
	De acuerdo	24	54.5	54.5	59.1
	En desacuerdo	13	29.5	29.5	88.6
	Moderadamente en desacuerdo	3	6.8	6.8	95.5
	Completamente en desacuerdo	2	4.5	4.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están de acuerdo, al sentir que su futuro es incierto, con una moda de 3 que significa (De acuerdo), se concluye que no existe bienestar espiritual y sí existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 3.00 y una media de 3.50.

Grafica número 75.



Cuadro número 76.

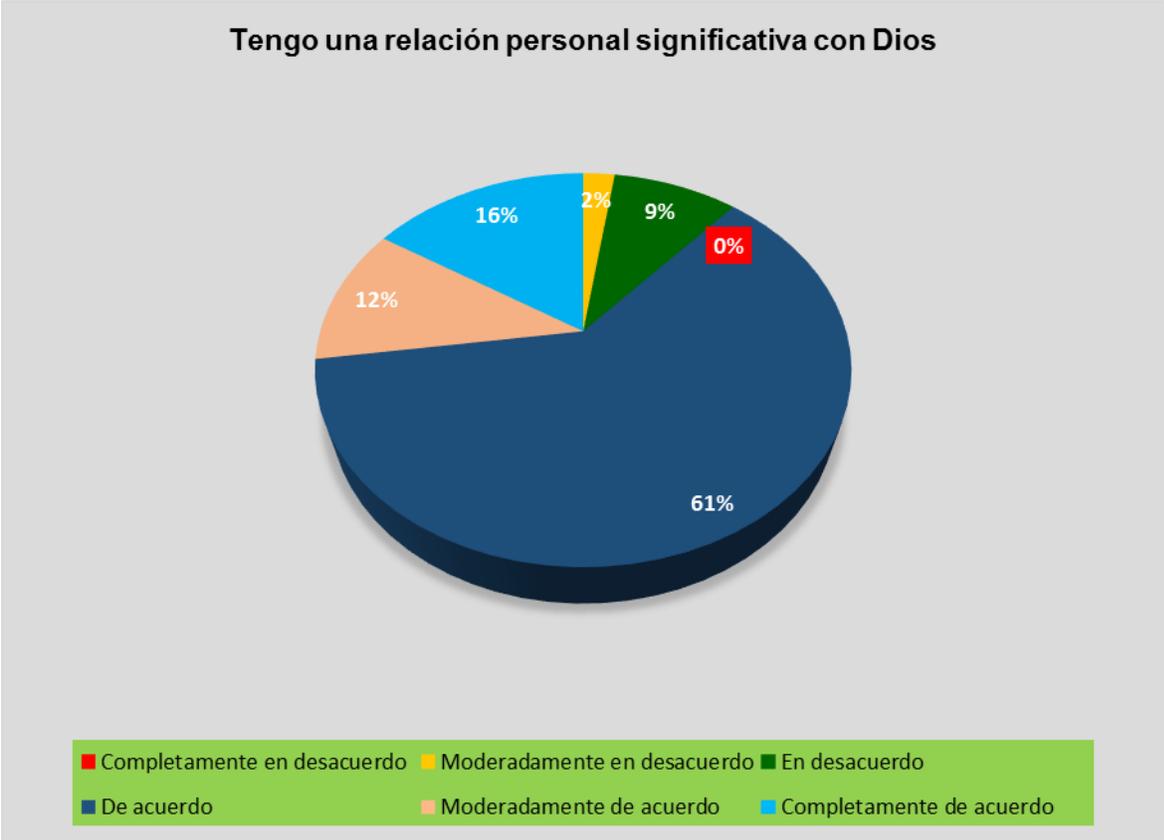
Dimensión religiosa		
7. Tengo una relación personal significativa con Dios. (Ítem positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.30
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.930
Varianza		.864
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		189

Tengo una relación personal significativa con Dios					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	4	9.1	9.1	11.4
	De acuerdo	27	61.4	61.4	72.7
	Moderadamente de acuerdo	5	11.4	11.4	84.1
	Completamente de acuerdo	7	15.9	15.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están de acuerdo al creer que tienen una relación personal significativa con Dios, con una moda de 4 que significa (De acuerdo), se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.30.

Grafica número 76.



Cuadro número 77.

Dimensión existencial		
8. Me siento pleno y satisfecho con la vida. (Ítem positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.32
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.983
Varianza		.966
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		190

Me siento pleno y satisfecho con la vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	5	11.4	11.4	13.6
	De acuerdo	25	56.8	56.8	70.5
	Moderadamente de acuerdo	5	11.4	11.4	81.8
	Completamente de acuerdo	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró estar de acuerdo, al sentirse pleno y satisfecho con la vida, con una moda de 4 que significa (De acuerdo); por lo que se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.32.

Grafica número 77.



Cuadro número 78.

Dimensión religiosa		
9. No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios (ítem negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.14
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.979
Varianza		.958
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		182

No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	De acuerdo	7	15.9	15.9	18.2
	En desacuerdo	25	56.8	56.8	75.0
	Moderadamente en desacuerdo	6	13.6	13.6	88.6
	Completamente en desacuerdo	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están en desacuerdo al creer que no obtienen fortaleza personal ni respaldo de Dios, con una moda de 4 que significa (En desacuerdo), y se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.14.

Grafica número 78.



Cuadro número 79.

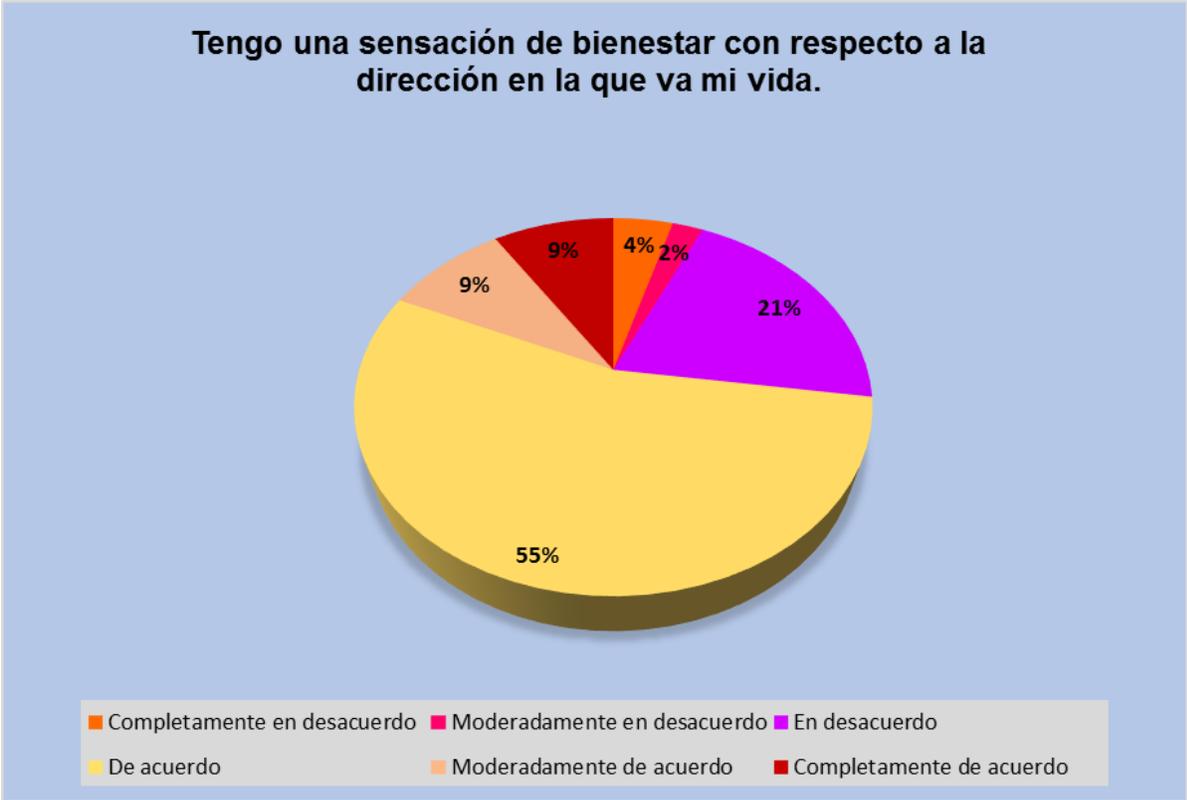
Dimensión existencial.		
10. Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida (ítem positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.89
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.083
Varianza		1.173
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		171

Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente en desacuerdo	2	4.5	4.5	4.5
	Moderadamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	6.8
	En desacuerdo	9	20.5	20.5	27.3
	De acuerdo	24	54.5	54.5	81.8
	Moderadamente de acuerdo	4	9.1	9.1	90.9
	Completamente de acuerdo	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están en desacuerdo al creer que tienen una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va su vida con una moda de 4 que significa De acuerdo; por lo que se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 3.89.

Grafica número 79.



Cuadro número 80.

Dimensión religiosa.		
11. Creo que a Dios le preocupan mis problemas		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.23
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.859
Varianza		.738
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		186

Creo que a Dios le preocupan mis problemas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	3	6.8	6.8	9.1
	De acuerdo	31	70.5	70.5	79.5
	Moderadamente de acuerdo	3	6.8	6.8	86.4
	Completamente de acuerdo	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están de acuerdo al creer que a Dios le preocupan sus problemas, con una moda de 4 que significa De acuerdo. Con ésto se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.23.

Grafica número 80.



Cuadro número 81.

Dimensión existencial		
12. No disfruto casi nada de la vida (ítem negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.02
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.045
Varianza		1.092
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		177

No disfruto casi nada de la vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente de acuerdo	2	4.5	4.5	4.5
	De acuerdo	11	25.0	25.0	29.5
	En desacuerdo	21	47.7	47.7	77.3
	Moderadamente en desacuerdo	4	9.1	9.1	86.4
	Completamente en desacuerdo	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están en desacuerdo al referir que no disfrutan casi nada de la vida, con una moda de 4 que significa En desacuerdo y se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.02.

Grafica número 81.



Cuadro número 82.

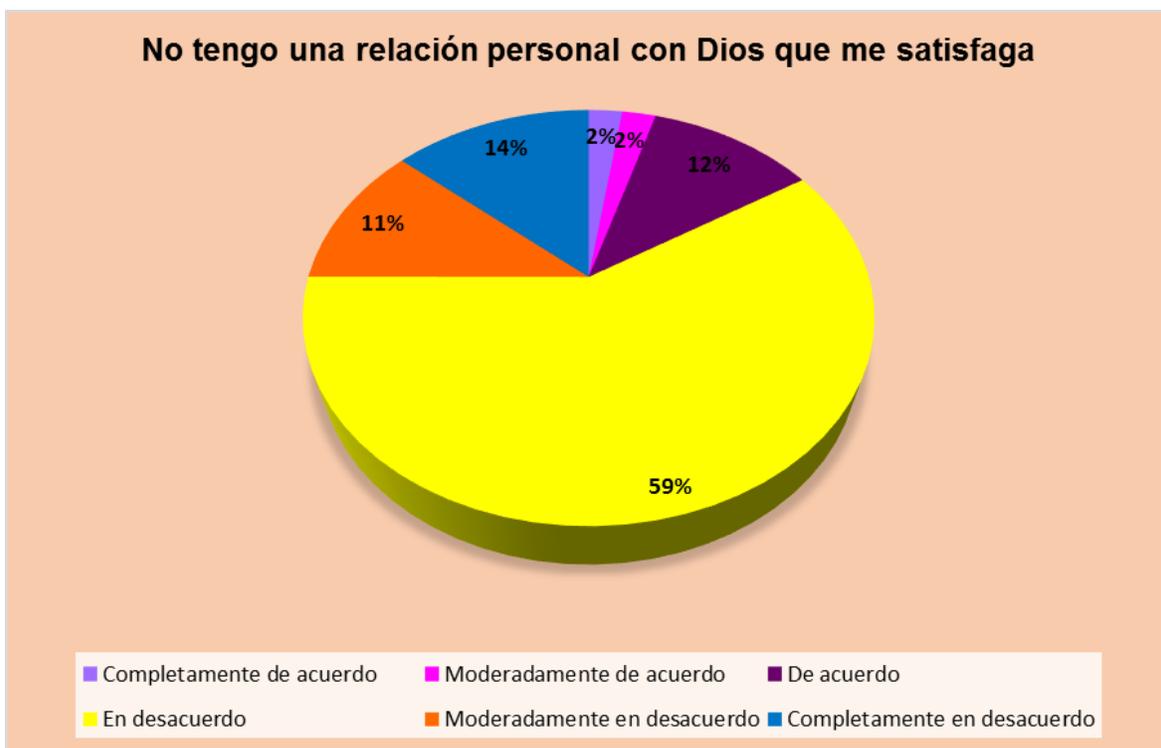
Dimensión religiosa		
13. No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.16
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.033
Varianza		1.067
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		183

No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	4.5
	De acuerdo	5	11.4	11.4	15.9
	En desacuerdo	26	59.1	59.1	75.0
	Moderadamente en desacuerdo	5	11.4	11.4	86.4
	Completamente en desacuerdo	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están en desacuerdo al responder que no tienen una relación personal con Dios que les satisfaga, con una moda de 4 que significa En desacuerdo, por lo que se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.16.

Grafica número 82.



Cuadro número 83.

Dimensión existencial		
14. Me siento bien con respecto a mi futuro (ítem positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.09
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.884
Varianza		.782
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		180

Me siento bien con respecto a mi futuro					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente en desacuerdo	2	4.5	4.5	4.5
	En desacuerdo	5	11.4	11.4	15.9
	De acuerdo	28	63.6	63.6	79.5
	Moderadamente de acuerdo	5	11.4	11.4	90.9
	Completamente de acuerdo	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están de acuerdo al contestar que se sienten bien con respecto a su futuro, con una moda de 4 que significa De acuerdo y se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.39.

Grafica número 83.



Cuadro número 84.

Dimensión religiosa.		
15. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo (ítem positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.32
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.934
Varianza		.873
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		190

Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente en desacuerdo	1	2.3	2.3	2.3
	En desacuerdo	4	9.1	9.1	11.4
	De acuerdo	26	59.1	59.1	70.5
	Moderadamente de acuerdo	6	13.6	13.6	84.1
	Completamente de acuerdo	7	15.9	15.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están en desacuerdo al contestar que la relación con Dios les ha ayuda a no sentirse solos, con una moda de 4 que significa De acuerdo; por lo que se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.32.

Grafica número 84.



Cuadro número 86.

Dimensión existencial.		
16. Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad (ítem negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		3.36
Mediana		3.00
Moda		3
Desv. típ.		1.222
Varianza		1.493
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		148

Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente de acuerdo	4	9.1	9.1	9.1
	Moderadamente de acuerdo	3	6.8	6.8	15.9
	De acuerdo	19	43.2	43.2	59.1
	En desacuerdo	12	27.3	27.3	86.4
	Moderadamente en desacuerdo	3	6.8	6.8	93.2
	Completamente en desacuerdo	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, contestaron que están de acuerdo al referir que sienten que la vida está llena de conflictos e infelicidad, con una moda de 3 que significa De acuerdo. Se concluye que sí existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 3.00 y una media de 3.36.

Grafica número 86.



Cuadro número 87.

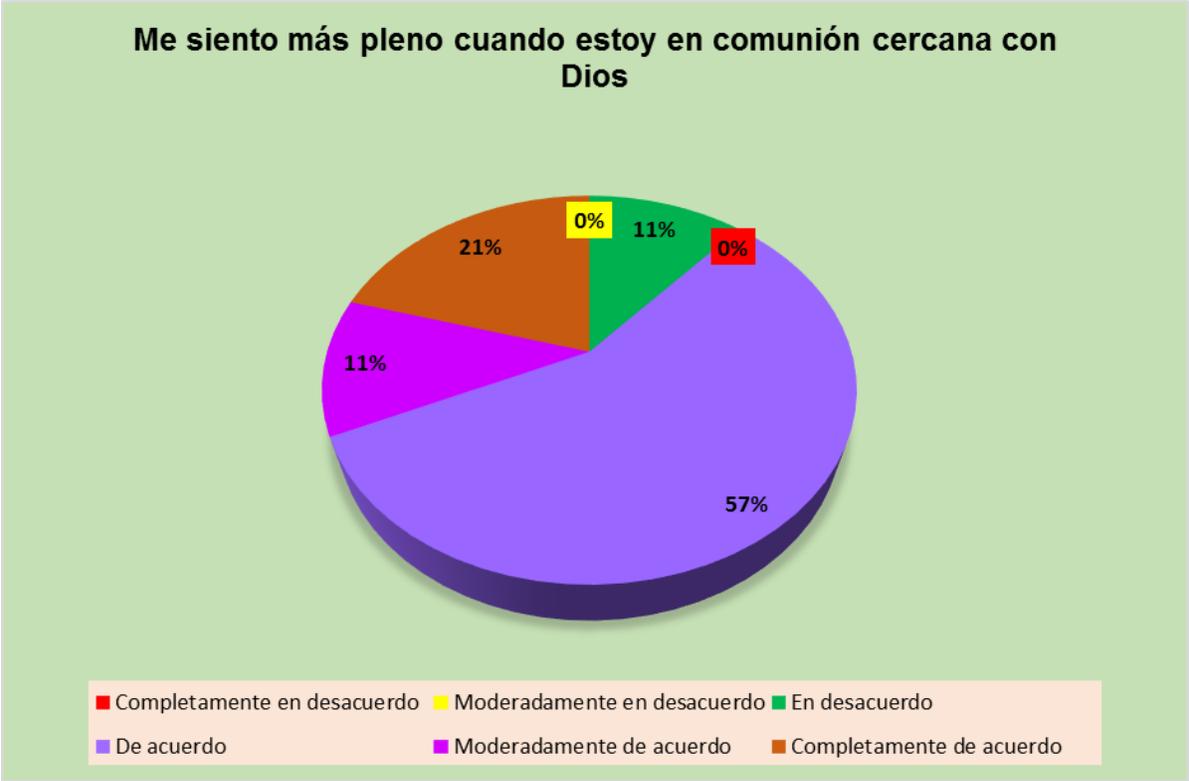
Dimensión religiosa		
17. Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios (ítem positivo)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.41
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.948
Varianza		.899
Rango		3
Mínimo		3
Máximo		6
Suma		194

Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	5	11.4	11.4	11.4
	De acuerdo	25	56.8	56.8	68.2
	Moderadamente de acuerdo	5	11.4	11.4	79.5
	Completamente de acuerdo	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están de acuerdo al contestar que se sienten más plenos cuando están en comunión cercana con Dios, con una moda de 4 que significa De acuerdo. Se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.41.

Grafica número 87.



Cuadro número 88.

Dimensión existencial.		
18. La vida no tiene mucho significado (ítem negativo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.05
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.180
Varianza		1.393
Rango		4
Mínimo		2
Máximo		6
Suma		178

La vida no tiene mucho significado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderadamente de acuerdo	3	6.8	6.8	6.8
	De acuerdo	12	27.3	27.3	34.1
	En desacuerdo	17	38.6	38.6	72.7
	Moderadamente en desacuerdo	4	9.1	9.1	81.8
	Completamente en desacuerdo	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están en desacuerdo al creer que la vida no tiene mucho significado, con una moda de 4 que significa En desacuerdo. Se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.05.

Grafica número 88.



Cuadro número 89.

Dimensión religiosa.		
19. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar (ítem Positivo).		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.39
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.868
Varianza		.754
Rango		3
Mínimo		3
Máximo		6
Suma		193

Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	3	6.8	6.8	6.8
	De acuerdo	29	65.9	65.9	72.7
	Moderadamente de acuerdo	4	9.1	9.1	81.8
	Completamente de acuerdo	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró que están de acuerdo al referir que su relación con Dios contribuye a su sentido de bienestar, con una moda de 4 que significa De acuerdo. Se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión religiosa. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.39.

Grafica número 89.



Cuadro número 90.

Dimensión existencial		
20. Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		4.48
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		1.191
Varianza		1.418
Rango		5
Mínimo		1
Máximo		6
Suma		197

Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Completamente en desacuerdo	2	4.5	4.5	4.5
	De acuerdo	28	63.6	63.6	68.2
	Moderadamente de acuerdo	1	2.3	2.3	70.5
	Completamente de acuerdo	13	29.5	29.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento Escala de Bienestar Espiritual aplicado a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia Michoacán.

De las personas consultadas, se encontró, que están de acuerdo, al creer que hay un propósito verdadero para sus existencias, con una moda de 4 que significa (De acuerdo), se concluye que no existe sufrimiento espiritual en la dimensión existencial. Se encontró una mediana de 4.00 y una media de 4.48.

Grafica número 90.



Discusión

En la variable sufrimiento espiritual las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen bienestar espiritual, datos que coinciden con los resultados de Gallegos y colaboradores en 2008 que identificaron bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama. Sólo en dos de las preguntas “no sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy”, y “siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad” se identificó la existencia de sufrimiento espiritual datos que concuerdan con los resultados de Chaves y colaboradores (2010) en su estudio identificaron la prevalencia del diagnóstico de enfermería sufrimiento espiritual con un 27,5%.

En la variable Calidad de Vida Relacionada a la Salud, las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen calidad de vida, ya que en las preguntas: en este último mes ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida el horario de tu medicina para la diabetes?, seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes, las restricciones en la comida para el control de tu diabetes, otros problemas de salud además de la diabetes; tener que hacer ejercicio, la necesidad de descansar frecuentemente, asimismo en las preguntas; tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño), caminar más despacio que los demás no les afectó para nada a su calidad de vida, concluyendo que si existe calidad de vida relacionada a la salud. Datos de coinciden con Snoek (2000) que refiere que algunos pacientes experimentan una buena CV en conjunción con un buen CG (control glucémico), otros pacientes reportan CVRS satisfactoria aún con un CG pobre. Finalmente, algunas personas diabéticas refieren mala calidad de vida a pesar de mantener un control glucémico adecuado, lo que ha sido relacionado con la carga que implica para la persona el auto control del padecimiento.

Asimismo, en este estudio personas refirieron no tener calidad de vida relacionada con la salud debido a que en las preguntas, sentirte débil, tener restricciones para caminar mucho, la pérdida de la vista o visión borrosa, no poder hacer lo que quieres, otras problemas de salud además de la diabetes, en las preguntas antes mencionadas la respuesta fue que si afectó mucho por lo que se

concluye que no hay calidad de vida relacionada a la salud en la dimensión energía movilidad está alterada. Igualmente, Mata (2003) encontró que la DM2 se asocia con una peor CVRS de los pacientes, y de forma más importante en los pacientes con complicaciones con bajo control glucémico y tratados con insulina.

Conclusiones

Variables sociodemográficas

La edad de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se encontraron entre 45 y 63 años de edad. En relación al género el mayor porcentaje fueron del sexo masculino. En cuanto al grado de escolaridad fue la primaria, seguido de personas que no estudiaron. De acuerdo al estado civil las personas encuestadas están casadas; viven en sus hogares con su esposo (a); en relación a la ocupación las mujeres se dedican al hogar y los hombres al trabajo de jornalero y peón. No tienen ninguna enfermedad aparte de la diabetes y sólo algunos refirieron tener retinopatía diabética. Respecto al tiempo que tienen del diagnóstico de su diabetes, correspondió a 8 años, seguido de entre 7 y 15 años; el 86.4% refirió sí tomar sus pastillas, un 52.3% refirieron que si se ministraban insulina para controlar su diabetes.

El 81.8% refirieron no realizar su auto monitorización de sus niveles de glucosa para controlar su diabetes. Respecto a si han tenido alguna complicación respecto a la diabetes, contestaron tener problemas de retinopatía diabética, seguido de complicación de pie diabético. Es importante señalar que de las personas encuestadas, un grupo considerable contestó que no realizan ejercicio para controlar su diabetes, también se encontró que un grupo numeroso no llevan una dieta para controlar su diabetes. Respecto a si llevaban un control de peso, la mayoría respondió no llevarlo. En relación con la religión que profesan, es la católica y las prácticas espirituales que más ejercen se encuentran el rezar, ir a misa y realizar mandas. De acuerdo al ingreso económico al mes en sus hogares es menor de \$ 3000.00, seguido un ingreso entre \$ 3,000 a \$ 4,999.

Variable sufrimiento espiritual

No existe sufrimiento espiritual en las personas con diabetes mellitus tipo 2, ya que en la pregunta ¿no encuentro mucha satisfacción al orar en privado?, la moda fue estar en desacuerdo. Por lo que se afirma que existe bienestar espiritual.

Asimismo, en la pregunta; creo que Dios me ama y creo que sí le importo, la moda fue estar de acuerdo. Sólo en dos de las preguntas se identificó la existencia de sufrimiento espiritual al analizar que la moda en la pregunta “no sé quién soy, de dónde vine o a dónde voy” fue de acuerdo, así mismo en la pregunta “siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad” la moda fue de acuerdo. Fueron pocas las personas que refirieron tener sufrimiento espiritual ya que de veinte ítems sólo dos están alterados.

Variable calidad de vida

En la variable calidad de vida relacionada a la salud, las personas con diabetes mellitus tipo 2 sí tienen calidad de vida, ya que en las preguntas, en este último mes ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida el horario de tu medicina para la diabetes?, seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes, las restricciones en la comida para el control de tu diabetes, otros problemas de salud además de la diabetes; tener que hacer ejercicio, la necesidad de descansar frecuentemente, asimismo en las preguntas; tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño), caminar más despacio que los demás, la moda en todas las preguntas antes referidas fue no afectó para nada a su calidad de vida, concluyendo que si existe calidad de vida relacionada a la salud.

Sin embargo algunas personas respondieron no tener calidad de vida relacionada con la salud debido a que en las preguntas, sentirte débil, tener restricciones para caminar mucho, la pérdida de la vista o visión borrosa, no poder hacer lo que quieres, otras problemas de salud además de la diabetes, en estas preguntas la moda fue que si afectó mucho por lo que se concluye que no hay calidad de vida relacionada a la salud ya que la dimensión / energía movilidad está alterada.

Sugerencias

Promover para que se brinden estrictamente por parte de las enfermeras en los centros de salud las intervenciones educativas de enfermería, por medio de conferencias y talleres educativos que incluya a los propios pacientes para que adopten el modelo de autocuidado, llevándose a cabo éste, por lo menos mes con mes o cada que acudan a su consulta médica, con ello mejorando y tratar de garantizar los estilos de vida saludable de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Involucrar estrictamente a los familiares a través de la enseñanza educativa y preventiva, mediante la asistencia y participación de los mismos con su paciente en las pláticas de salud o en las conferencias que se imparten en los centros de salud o centros de apoyo, por lo menos cada consulta médica, con la finalidad que los familiares adopten las enseñanzas educativas y las lleven a cabo como acciones preventivas en sus hogares para evitar complicaciones de las personas (sus pacientes) con diabetes mellitus tipo 2.

Llevar a cabo un convenio entre Secretaría de Salud y Facultades de Enfermería para llevar a cabo acciones que promuevan un estilo de vida saludable mediante la creación de un plan único de acciones preventivas que vaya dirigida a eliminar las malas conductas que dañan la salud desde la niñez; y con precisión aquellos factores que propician el desarrollo de la diabetes, con ello adoptando un estilo de vida saludable, todo esto llevado a cabo en centros de salud, preparatorias, secundarias, primarias y preescolares, por medio de las prácticas estudiantiles de enfermería y el propio personal de enfermería de las instituciones de salud.

Intensificar campañas de salud dirigido hacia la infancia, promoviendo por medio de la Secretaría de Salud la creación de un espacio de tiempo educativo dirigido a la salud en las instituciones educativas (primarias y preescolares) por lo menos una vez por semana, para promover un estilo de vida saludable y prevenir la obesidad precursor de la diabetes mellitus mediante talleres educativos, llevadas a cabo estas acciones

educativas de salud por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería y personal de enfermería de la Secretaría de Salud .

Proponer un plan a la Facultad de Enfermería, que tenga como finalidad buscar la colaboración con los promotores de salud de la Secretaría de Salud en Michoacán para intensificar y mejorar las campañas preventivas salud, por lo menos una o dos veces por mes, en las comunidades donde se contemplan con altos índices de diabetes, con la participación de los estudiantes y promotores de salud la enseñanza fortalecerá la educación y promoverá que exista una mayor participación por parte de las personas con predisposición a la diabetes.

Llevar a cabo campañas preventivas dirigidas hacia la promoción del consumo de alimentos saludables basados en el plato del bien comer a las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Elaborar planes de cuidado de enfermería para apoyar a las instituciones de salud en el ingreso y permanencia de las personas con DMT2 en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Referencias bibliográficas

- Abbas, S.Q., Dein, S. (2011). The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4),341-352. doi:10.1080/13674671003716780
- Abolfotouh, M.A. (1999). Effect of diabetes mellitus on quality of life: a review. *Ann of Saudi Medicine*, 19(6), 518-524.
- Aghadiuno, M. (2010). Spiritual distress. En: Aghadiuno, M., Matters, Soul. The Spiritual Dimension within Helthcare (pp. 105-145). UK: Radcliffe Publishing Ltd.
- Aghamollaei, T., Eftekhar, H., Shojaeizadeh, D., Mohammad, K., Nakhjavani, M., Ghofrani-Pour, F. (2003). Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patients at Bandar Abbas Diabetic Clinic. *Iranian J Publ Health*, 32(3), 54-59.
- Aguiar, C.C.T., Vieira, A.P.G.F., Carvalho, A.F., Montenegro-Junior, R.M. (2008). Instrumentos de avaliacao de qualidade de vida relacionada a saude no diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 52(6), 931-939.
- Aikens, J.E., White-Perkins, D., Lipton, B., Piette, J.D. (2009). Longitudinal analysis of depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 32(7),1177-1181.
- Alfaro-LeFevre, R. (2002). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración* (5ª ed.). España: Elsevier.

American Diabetes Association. (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 35 (Supl. 1), 564-571. Recuperado de http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S64.full.pdf+html

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. (2012). *Diabetes Care*, 35 (Supl. 1), 511-563. Recuperado de <http://care.diabetesjournals.org/content/32/7/1327.full.pdf+html>

Anderson, R.M., Fitzgerald, J.T., Wisdom, K., Davis, W.K., Hiss, R.G. (1997). A comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care*, 20(3):,299-305. Anuario Estadístico 2009[internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud [consultado 9 jun 2011]: [aproximadamente 2 p.]. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/anuario.html>

Anuario Estadístico 2009 [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud [consultado 9 jun 2011]: [aproximadamente 2 p.]. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/anuario.html>

Árcega, A., Lara, C., Ponce de León, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Rev Invest Clin*, 57(5), 676-684.

Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2010). Consenso 2010. Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento de la Diabetes tipo 2. *ALAD*. 18 (Supl. 2), 69-78. Recuperado de

<http://www.endocrinologia.org.mx/descargas/concensos/Posicin%20de%20Sociedades%20de%20Diabetes%20y%20Endocrinologa%20de%20Amrica%20Latina%20sobre%20el%20tratamiento%20de%20la%20diabetes%20tipo%202.pdf>

Astin, J.A., Harkness, E., Edzard, E. (2000) The efficacy of “Distant healing”: A systematic review of randomized trials. *Ann Intern Med*, 132(11),903-910.

Bartlett, S.J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A.K., Bathon, J.M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 49(6),778-783. doi: 10.1002/art.11456

Benbow, S.J., Wallymahmed, M.E., Macfarlane, I.A. (1998). Diabetic peripheral neuropathy and quality of life. *Q J Med*, 91,733-737.

Berkow, R., Beers, M. y Fletcher, A. (1997). *Manual Merck de información médica*. España: Océano Grupo Editorial.

Bhattacharya, G. (2012). Spirituality and type 2 diabetes self-management among African Americans in the Arkansas Delta. *J of Social Service Research*, 10,1080,1-14. doi: 10.1080/01488376.2011.647989

Bhattacharya, G. (2012). Psychosocial impacts of type 2 diabetes self-management in a rural African-American population. *J Immigrant Minority Health*, 10,1007,1-11. doi: 10.1007/s10903-012-9585-7

Boletín 4 Número 30 [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud (Mex); 2010 - Boletín de Información Estadística Volumen II. Daños a la salud [consultado 9 jun 2011] [aproximadamente 2 p.]. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>

- Cárdenas, V.M., Pedraza, R.E. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*, 8(3), 351-357.
- Casaldáliga, P., Vigil, J.M. (1992). *Espiritualidad de la Liberación*. Bilbao:Editorial Sal Terrae.
- Castro, G.A., Tovar, J.A., Mendoza, U. (2009). Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 47(4), 377-382.
- Cavanagh, S.J. (1993). *Modelos Orem. Aplicación Práctica*. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Chaves, E.C.L., Carvalho, E.C., Beijo, L.A., Goyata, S.L.T., Pillon, S.C. (2011). Eficacia de diferentes instrumentos para la atribución del diagnóstico de enfermería: sufrimiento espiritual. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19(4),1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_08.pdf
- Chaves, E.C.L., Carvalho, E.C., Beijo, L.A., Goyata, S.L.T., Pillon, S.C. (2011). Eficacia de diferentes instrumentos para la atribución del diagnóstico de enfermería: sufrimiento espiritual. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19(4),1-9.
- Chaves, C.L., Carvalho, E.C., Terra, F.S., Souza, L. (2010). Validación clínica de espiritualidad perjudicada en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3),309-16. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000300003&script=sci_arttext&tling=es

- Chaves, E.C.L. (2008). Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual (Tesis Doctoral inédita). Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Cherny, N. (2010). Taxonomy of distress: Including spiritual suffering and demoralization. *J Support Oncol*, 8(1),13-14.
- Chow, E.O.W., Nelson-Becker, H. (2010). Spiritual distress to spiritual transformation: stroke survivor narratives from Hong Kong. *J Aging Studies*, 24,313-324. Doi: 10.1016/j.jaging.2010.06.001
- Chiu, L., Emblen, J.D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R., Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J of Nurs Res*, 26(4), 405-428. doi: 10.1177/0193945904263411
- Coffey, J.T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaek, B.P., Engelgau, M.M., Kaplan, R.M., Herman, W.H. (2002). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25(12), 2238-2243.
- De Grauw, W.J.C., van de Lisdonk, E.H., Berh, R.R.A., Gerwen, W.H.E.M., van den Hoogen, H,J.M., van Weel, C. (1999). The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Family Practice*, 16,133-139.
- Delaney, C., Barrere, C., Helming, M. (2011). The influence of a spirituality-based intervención on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease. *J of Hoistic Nurs*, 29(1), 21-32. doi: 10.1177/0898010110378356

- Delgado-Guay, M.O., Hui, D., Parsons, H.A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. (2011). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Management*, 41(6),986-994. doi: 10.1177/08980101110378356
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2006). España: Océano Grupo Editorial.
- Dingley, C., Gayle, R. (2003). Inner strength in older hispanic women with chronic illness. *J Cult Divers*, 10(1),11-22.
- Egede, L., y Ellis, C. (2010). Diabetes an depression: Global Perspectives. (2010). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 302-312. doi:10.1016/j.diabres.2010.01.024
- Ellison, C.G., Levin, J.S. (1998). The religion-health conection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ & Behavior*, 25(6), 700-720.
- Eljedi ,A, Mikolajczyk, R.T., Kraemer, A., Laaser, U. (2006). Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 6,268. doi: 10.1186/1471-2458-6-268
- Escobedo, C., Díaz, N.A., Lozano, J.J., Rubio, A.F., Varela, G. (2007). Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. *Med Int Méx*, 23(5),385-390.
- Espino, J. (1997). *Introducción a la cardiología*. (13ª ed.). México: El manual Moderno.
- Fisher, L., Chesla, C.A., Mullan, J.T., Skaff, M.M., Kanter, R. (2001). Contributors to depression in latino and european-american patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1751-1757.

- Franciosi, M., Pellegrini, F., De Berardis, G., Belfiglio, M., Cavaliere, D., Di Nardo, B., et al. (2001). The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetes patients. *Diabetes Care*, 24(11), 1870-1877.
- Garratt, A.M, Schmidt, L.J., Mackintosh, A.E., Fitzpatrick, R. (2004). Instruments for Diabetes: a Review Report from the Patient-reported Health Instruments Group to the Department of Health. (pp.4-8). Oxford (UK): University of Oxford.
- Gas, D. (2000). *Tratado de enfermería*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.
- George, L.K., Larson, D.B., Koenig, H.G., Mccullough, M.E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *J of Social and Clinical psychology*, 19(1), 102-116.
- Goldney, R.D., Phillips, P.J., Fisher, L.J., Wilson, D.H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes Care*, 27(5), 1066-1070.
- Government Government. Departament of Defense. Departament of the Navy. Spiritual Care Handbook on PTSD/TBI. The Hanbook on Best Practices for the provision of Spiritual Care to persons with Post Traumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury.
- Grandy, S., Chapman, R.H., Fox, K.M., SHIELD Study Group. (2008). Quality of life and depression of people living with type 2 diabetes mellitus and those at low and high risk for type 2 diabetes: findings from the Study to Help Improve Early evaluation and management of risk factors Leading to Diabetes (SHIELD). *Int J Clin Pract*, 62(4), 562-568. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01703.x
- Greenstreet, W. (2006). Spiritual wellbeing and spiritual distress. En: Greenstreet W. Integrating spirituality in health and social care. (pp.32-46). UK: Radcliffe

Publishing Ltd.

Gregg, E.W., Beckles, G.L.A., Williamson, D.E., Leveille, S.G., Langloise, J.A., Engelgau, M.M., Venkat-Narayan, K.M. (2000). Diabetes and physical disability among older U.S. adults. *Diabetes Care*, 23(9), 1272-1277.

Griffith, J, y Christensen P. (1986). *Proceso de introducción de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. (1ª ed.). México: Manual Moderno.

Guyton, A.E., John E. (2001) *Tratado de fisiología médica*. (10ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.

Guyatt, G. (1993). The philosophy of health-related quality of life translation. *Qual Life Res*, 2:461-465.

Heyse-Moore, L.H. (1996). On spiritual pain in the dying. *Mortality*, 1(3), 297-315.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O., Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An Sist Sanit Navar*, 30(1), 45-52.

Holt-Lunstad, J., Steffen, P.R., Sandberg, J., Jensen, B. (2011). Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *J. Behav Med* 34,477-488. doi: 10.1007/s10865-011-9343-7

Huang, E.S., Brown, S.E.S., Ewigman ,B.G., Foley, E.C., Meltzer, D.O. (2007). Patient perceptions of quality of life with diabetes-related complications and treatments. *Diabetes Care*, 30(10),2478-2483.

IDF Clinical Guidelines Task Force. (2006). Guía global para la diabetes tipo 2. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes. Recuperado de <http://www.idf.org/webdata/docs/GGTD%20Spanish%20Final%20version%203107.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (2012). Bruselas: Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de la Salud de EE.UU. [actualizado 2012 Junio 6; consultado 27 Jul 2012]. [Aproximadamente 3 p.].

International Diabetes Federation [internet]. Bruselas: International Diabetes Federation [actualizado 2009]. Disponible en: <http://archive.diabetesatlas.org/es/content/powerpoint-presentation>

International Diabetes Federation [internet]. Bruselas: Diabetes Voice IDF [actualizado 2011; consultado 7 mar 2012]. [Aproximadamente 1 página]. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>

Instituto Nacional de Salud Pública [internet]. Ciudad de México: INSP Secretaría de Salud [actualizado 13 May 2011; consultado 9 jun 2011]. [Aproximadamente 1 p.]. Recuperado de <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1782-revision-de-la-ensanut-2006-144-la-prevalencia-de-diabetes.html>

International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 2009, 4ª. ed. Bruselas: International Diabetes Federation.

International Diabetes Federation [internet]. Bruselas: International Diabetes Federation [actualizado 2009]. Disponible en:

<http://archive.diabetesatlas.org/es/content/powerpoint-presentation>

International Diabetes Federation [internet]. Bruselas: Diabetes Voice IDF [actualizado 2011; consultado 7 mar 2012]. [Aproximadamente 1 página]. Recuperado de

<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>

Issa, B.A., Baiyewu, O. (2006). Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong J Psych*, 16,27-33.

Iturralde, K., Arévalo, M. (2009). La depresión como factor de riesgo para un inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus. *Rev Fac Cien Med*, 34(1-2),8-14.

Jacobson, A.M., De Groot, M., Samson, J.A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*, 17(4), 267-274.

Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S., Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. (2ª ed.). España: Elsevier.

Kamarul-Imran, M., Ismail, A.A.A., Wan-Mohamed, W.B. (2010). Type 2 diabetes mellitus patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. *Singapore Med J*, 51(2),157.

Kandasamy, A., Chaturvedi, S.K., Desai, G. (2011). Spirituality, distress, despression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*, 48(1),55-59.

- Koenig, H.G., Larson, D.B., Larson, S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother*, 35,352-9.
- Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Association*, 97(12), 1194-1200.
- Kozier, B., Erb G., Berman, A. y Snyder S. (2005). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol. I. (7ª ed.)*. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Ku, J.L., Kuo, S.M., Yao, C.Y. (2010). Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J of Pall Nurs*, 16(3), 134-138.
- Lau, C.Y., Qureshi, A.K., Scott, S.G. (2004). Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus. *J Postgrad Med*, 50(3),189-194.
- López, C., Riu, M., Forner. M. (2005). *Cuidados enfermeros*. Barcelona: Masson.
- Lyer P., Taptich, B. y Bernocchi L. (1993) *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. Editorial McGraw Hill.
- Mako, C., Galek, K., Poppito, S.R. (2006). Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *J Palliat Med*, 9(5),1106-1113.
- Mata, M., Roset, M., Badia, X., Antoñanzas, F., Ragel, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Aten Primaria*, 31(8), 493-499.

- Marriner-Tomey, A. y Raile-Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías de Enfermería*. (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Mazarrasa, L., Bes, C., Sánchez, A., Sánchez, A., Merelles, A. y Aparicio, V. (2003). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Vol. III. (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- McCloskey, J. y Bulechek, G. (2005) *Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*. (4ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical nursing. Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Melchior, A.C., Correr, C.J., Rossignoli, P., Pontarolo, R., Fernández-Llimós, F. (2004). Medidas de la evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. *Seguim Farmacoter*, 2(1),1-11.
- Melchior, A.C., Correr, C.J., Rossignoli, P., Pontarolo, R., Fernández-Llimós, F. (2004). Medidas de la evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte II: Instrumentos específicos. *Seguim Farmacter*, 2(2), 59-72.
- Millspaugh, C.D. (2005). Assessment and response to spiritual pain: Parte I. *J Palliat Med*, 8(5),919-923.
- Miranzi, S.S.C., Ferreira, F.S., Iwamoto, H.H., Pereira, G.A., Miranzi, M.A.S. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensao acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Context Enferm*, 17(4), 672-679.

- Monod, S., Rochat, E., Büla, C.J., Jobin, G., Martin, E. (2010). Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalized elderly persons. *BMC Geriatrics*, 10(88),1-9.
- Monod, S., Martin, E., Spencer, B., Rochat, E., Büla, C. (2012). Validation of the Spiritual Distress Assesment Tool in older hospitalized patients. *BMC Geriatrics*, 12(13),1-9.
- Morán, V. y Mendoza, A.L. (2010) *Proceso de enfermería. Uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC. Modelos referenciales*. (3ª ed.). Mexico, D.F.: Trillas.
- Musi, M. (2003). Creating a lenguaje for “spiritual pain”: why not to speak and think in terms of “spiritual suffering”?. *Supp Care Cancer*,11,378-379. doi: 10.1007/s00520-003-0459-3
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona:Elsevier
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Newlin, K., Melkus, G.D., Tappen, R., Chyun, D., Koenig, H.G. (2008). Relationship of religion and spirituality to glicemic cotrol in black women with type 2 diabetes. *Nursing Research*, 57(5), 331-339.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes mellitus tipo 2*. Washington, DC.
- Orizaga, J. (2000). *Tratado de enfermería práctica*. México: Graw-Hill Interamericana.

- Paloutzian, R.F., Park, C.L. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Papadopoulos, A.A., Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E., Niakas, D. (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*, 7(186), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-7-186
- Papelbaum, M., Lemos, H.M., Duchesne, M., Kupfer, R., Moreira, R.O., Coutinho, W.E. (2010). The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diab Research and Clinical Practice*, 89(3), 227-230. doi: 10.1016/j.diabres.2010.05.024
- Patient-Reported Health Instruments Group. A structured review patient-reported measures in relation to selected chronic conditions, perceptions of quality of care and care impact. (2006). Oxford (UK): University of Oxford.
- Péres, D.S., Franco, L.J., Dos Santos, M.A. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de Diabetes Tipo 2. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 16(1),101-108.
- Polonsky, W.H. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13,1-36.
- Pouwer, F., Snoek, F.J. (2001). Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. *Diabet Med*, 18,595-598.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 5(2),321-336.

- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia; revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15, (Supl 4):34-43.
- Ramos, L., Ferreira, E.A. (2011). Emotional factors, life quality and adhesion of treatment in adult with type 2 diabetes. *J of Human Growth and Development*, 21(3),867-877.
- Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk, R.P., Rutten, G.E.H., Wolffenbuttel, B.H.R., Niessen, L.W. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in duct patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25,458-463.
- Reichard, P., Nilsson, B.Y., Rosenqvist, U. (1993). The effect of long-term intensified insulin treatment on the development of microvascular complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 18(1), 32-36.
- Rivero, O. (1993). *Tratado de medicina interna.*(2ª ed.). México D.F.: El Manual Moderno.
- Rodríguez, B. A. (2001). *Proceso Enfermero. Aplicación actual.* México, D.F.:Ediciones Cuellar.
- Rosales, E. (1999). *Fundamentos de enfermería.* (2ª ed.) Mexico, D.F.: El Manual Moderno.
- Rubin, R.R., Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 15(3), 205-218.

Ruiz, X. (2005). *Manual de la Enfermería*. México: Océano.

Sakamaki, H., Ikeda, S., Naoki, I., Uchigata, Y., Iwamoto, Y., Origasa, H., Otani, T., Otani, Y. (2006). Measurement of HRQL using EQ-5D in patients with type 2 diabetes mellitus in Japan. *Int Soc Pharm Out Res*, 9(1), 47-53. doi: 10.1111/j.1524-4733.2006.00080.x

Salazar, J.G., Colunga, C., Pando, M., Aranda, C., Torres, T.M. (2007). Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. *Investigación en Salud*, 9(2),88-93.

Salazar, J.G., Guerrero, J.C., Colunga, C., Figueroa, N.S. (2009). Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007. *Correo Científico médico de Holguín*, 13(3),1-14.

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

Sánchez, F.J., Téllez, T., Gijón, A. (2010). Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. *Med Clin*, 135(14), 658-664.

Secretaría de Salud. (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. Ciudad de México (D.F.): Grupo Editorial Raf.

Secretaría de salud. (2008). Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de Práctica Clí México D.F.: CENETEC. Recuperado de http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/CRONICAS/SSA_093_08_CONTROLAMBULATORIO_DIABETES_MELLITUS_TIPO2/SSA_093_08_EyR.pdf

Secretaría de Salud. (2008). Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de Referencia Rápida. México D.F.: CENETEC. Recuperado de http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/CRONICAS/SSA_093_08_CONTROLAMBULATORIO_DIABETES_MELLITUS_TIPO2/SSA_093_08_GRR.pdf

Secretaría de Salud de Michoacán. (2012). Departamento de Epidemiología. Estadísticas de mortalidad en el Estado: muertes registradas.

Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Casos nuevos. (2011). Morelia Michoacán.

Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Actualizada 2011- [consultada 20 jul 2011]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>

Sloan, R.P., Bagiella, E., Powell, T. (1999). Religion, spirituality and medicine. *Lancet*, 353,664-667.

- Schram, M.T., Baan, C.A., Pouwer, F. (2009). Depression and quality of life in patients with diabetes: A systematic review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Review*, 5,112-119.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cien Enferm*, 9(2),9-21.
- Shevon-Harvey I, Cook L. (2010). Exploring the role of spirituality in self management practices among older African-American and non-Hispanic white women with chronic conditions. *Chronic Illnes*, 6,111-124. doi:10.1177/1742395309350228
- Shichiri, M., Kishikawa, H., Ohkubo, Y., Wake, N. (2000). Long-Term Results of the Kumamoto Study on Optimal Diabetes Control in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 23(Supl. 2): 21-29.
- Snoek, F.J. (2000). Quality of life: A closer look at measuring patient's well-being. *Diabetes Spectrum*,13:24
- Stettler, C., Allemann, S., Jüni, P., Cull, C.A., Holman, R.R., Egger, M., et al. (2006). Glycemic control and macrovascular disease in types 1 and 2 diabetes mellitus: Meta-análisis of randomized trials. *Am Heart J*, 152(1), 27-38. doi:10.1016/j.ahj.2005.09.015
- Stratton, I.M., Adler, A.I., Neil, H.A., Matthews, D.R., Manley, S.E., Cull, C.A., et al. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35) prospective observacional study. *BMJ*, 321,405-12. doi:10.1136/bmj.321.7258.405

- Testa, M.A., Simonson, D.C., Turner, R.R. (1998). Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 21(Supl.3), 44-52.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46(12),1569-1585.
- Turner, R.C. (1998). The UK Prospective Diabetes study. *Diabetes Care*, 21(Supl. 3), 35–38.
- U.K., Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352:837–853.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1999). Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). *Diabetes Care*, 22(7), 1125-1136.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365.
- Vicente, B.M., Zerquera, G., Peraza, D., Castañeda, E., Irizar, J.L., Bravo, T. (2008). Calidad de vida en el paciente diabetico. *Rev Elect Ciencias Méd Cienfuegos*, 6(38), 22-28.
- Wee, H.L., Cheung, Y.B., Li, S.C., Fong, K.Y., Thumboo, J. (2005). The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of

life: Is the whole greater than the sum of its parts?. *Health Qual Life Out*, 3(2), 1-11. doi: 10.1186/1477-7525-3-2

World Health Organization. (1999). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Ginebra: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf

World Health Organization. (2011). Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Ginebra: WHO. Recuperado de: http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf

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

ANEXOS

Anexos

Apéndice A Operacionalización de las variables

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

Variable	Indicador	Escala de medición	Medición/Clasificación
Variables sociodemográficas	Edad	Cuantitativa Razón	Días, meses y años cumplidos
	Género	Cualitativa nominal	Femenino, masculino
	Escolaridad	Cuantitativa Razón	Años de Estudio
	Estado civil	Cualitativa nominal	Con pareja, sin pareja, no contesta
	Con quién vive	Cualitativa nominal	Esposo (a) o pareja, padre/madre, padre y madre, hijos, sobrinos, cuñados, vecinos, solo, otro. (Soporte Social)
	Ocupación	Cualitativa nominal	Trabajo no remunerado, trabajo remunerado, no trabajo no remunerado, no trabajo remunerado.
	Comorbilidad	Cualitativa nominal	Hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad crónica del hígado.
	Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa continua	Meses de diagnóstico
	Tratamiento	Cualitativa nominal	Medicamentos, dieta, ejercicio, automonitorización de la glucosa, control de peso
	Religión	Cualitativa nominal	Católica, evangélica, testigo de Jehová, ateo, otra.
	Práctica espiritual	Cualitativa nominal	Rezar, orar, meditar, hacer mandas, prender veladoras a una deidad o santo, leer la biblia, otra
	Participación en grupos de apoyo	Cualitativa nominal	Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), club del diabético, grupos de apoyo de la iglesia, otro.
Nivel Socioeconómico	Cualitativa ordinal	Menos de \$3000.00	

Variable independiente

Variable / Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición	Medición/Clasificación	Indicador
<p>Sufrimiento espiritual</p> <p>Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo</p>	<p>El Sufrimiento Espiritual es un dolor profundo del alma o del ser que no es dolor físico y que no responde a medicamentos.</p>	<p>Subescala Religiosa</p>	<p>Categoría a ordinal</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>6. Completamente de acuerdo</p> <p>5. Moderadamente de acuerdo</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>3. En desacuerdo</p> <p>2. Moderadamente en desacuerdo</p> <p>1. Completamente en desacuerdo</p>	<p>Ítems</p> <p>1. No encuentro mucha satisfacción al orar en privado.</p> <p>3. Creo que Dios me ama y creo que sí le importo</p> <p>5. Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias.</p> <p>7. Tengo una relación personal significativa con Dios.</p> <p>9. No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios.</p> <p>11. Creo que a Dios le preocupan mis problemas.</p> <p>13. No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga.</p> <p>15. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo.</p> <p>17. Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios.</p> <p>19. Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar.</p>

		-Subescala Existencial		<p>Ítems</p> <p>2. No sé quien soy, de dónde vine o a dónde voy.</p> <p>4. Creo que la vida es una experiencia positiva.</p> <p>6. Siento que mi futuro es incierto.</p> <p>8. Me siento pleno y satisfecho con la vida.</p> <p>10. Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida.</p> <p>12. No disfruto casi nada de la vida.</p> <p>14. Me siento bien con respecto a mi futuro.</p> <p>16. Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad.</p> <p>18. La vida no tiene mucho significado.</p> <p>20. Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia.</p>
		-Percepción del propio paciente (gold standard)	Categoría ordinal	<p>Sí (Presencia)</p> <p>No (Ausencia)</p>

Variable Dependiente

Variable / Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Escala de medición /Clasificación	Indicador
<p>Calidad de vida relacionada a la salud Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010)</p>	<p>Es la percepción de un individuo del impacto que la diabetes mellitus tiene en su vida de acuerdo al instrumento Diabetes 39 en las siguientes dimensiones: Energía/Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad/preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual con 39 ítems.</p>	Energía/ Movilidad	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Escala</p> <p>1. No afectó para nada</p> <p>2. Casi nada</p> <p>3. Un poco</p> <p>4. Regular</p> <p>5. Mucho</p> <p>6. Demasiado</p> <p>7. Afectó tremendamente</p>	<p>Ítems</p> <p>3. Niveles de cansancio</p> <p>7. Otros problemas de salud además de la diabetes.</p> <p>9. Sentirte débil</p> <p>10. Restricciones para caminar mucho.</p> <p>11. Tener que hacer ejercicio</p> <p>12. Pérdida de la vista o visión borrosa.</p> <p>13. No poder hacer lo que quieres.</p> <p>16. Otras molestias además de la diabetes</p> <p>25. Complicaciones derivadas de tu diabetes.</p> <p>29. No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa</p> <p>32. Necesidad de descansar frecuentemente.</p> <p>33. Problemas físicos tales como subir escaleras.</p> <p>34. Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño).</p> <p>35. Dormir sin descansar.</p> <p>36. Caminar más despacio que los demás.</p>
		Control de la diabetes	<p>Ítems</p> <p>1. El horario de tu medicina para la diabetes.</p> <p>4. Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes</p> <p>5. Restricciones en la comida para el control de tu diabetes.</p> <p>14. Tener diabetes.</p> <p>15. Aumento o disminución de tu azúcar</p> <p>17. Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar</p> <p>18. El tiempo requerido para controlar tu diabetes.</p>	

				<p>24. Tener tu diabetes bien controlada.</p> <p>27. Llevar un registro de sus niveles de azúcar.</p> <p>28. La necesidad de comer a cada rato</p> <p>31. Ajustar tu horario a la diabetes</p> <p>39. Diabetes en general.</p>
		Ansiedad / Preocupación		<p>2. Preocupación sobre tu situación económica.</p> <p>6. Preocupación por tu futuro.</p> <p>8. Estrés o presiones en tu vida.</p> <p>22. Sentirse triste o deprimido.</p>
		Carga social		<p>19. Las limitaciones que la diabetes te impone con tu familia y amigos</p> <p>20. Estar avergonzado debido a tu diabetes.</p> <p>26. Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen.</p> <p>37. Estar etiquetado como diabético.</p> <p>38. Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar</p>
		Funcionamiento sexual		<p>21. La interferencia de la diabetes en tu vida sexual.</p> <p>23. Problemas con tu funcionamiento sexual.</p> <p>30. Una disminución en el interés sexual.</p>
			<p>Cualitativa ordinal</p> <p>1.La calidad más alta</p> <p>2.Demasida calidad</p> <p>3. Mucha calidad</p>	<p>Percepción que la persona diabética tiene de su CV como un todo</p>
			<p>4.Regular calidad</p> <p>5.Poca calidad</p> <p>6.Casi nada de calidad</p> <p>7.La más baja calidad</p>	<p>Percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes</p>

Apéndice B Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD ENFERMERÍA



Proyecto de Investigación: Sufrimiento Espiritual y Calidad de vida relacionada a la salud en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

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

Propósito del estudio. Como enfermeros, estamos interesados en conocer si las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 (azúcar elevada) han presentado en algún momento sufrimiento espiritual para poder ayudarles a controlar su azúcar y así evitar posibles complicaciones debido a esta enfermedad.

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

- Cuestionario. Le harán una serie de preguntas que tienen que ver con su enfermedad y cómo su enfermedad le ha afectado en su vida diaria y en su vida espiritual. Para contestar estos cuestionarios necesitamos que Usted nos dedique 30-45 min.

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

- Cuestionarios. Con la información que nos dé, Usted podrá saber si tiene sufrimiento espiritual.

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

Confidencialidad. La información que Usted nos dé en los cuestionarios, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente. Los resultados finales se darán a conocer en revistas exclusivas de salud pero su nombre no será mencionado. Toda la información que Usted nos proporcione será guardada en un armario con llave y sólo podrán abrirlo la investigadora y los colaboradores autorizados.

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

Preguntas. Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con Cristian León Abad, responsable del estudio a los siguientes teléfonos:

01 44 32 57 54 24 o al correo electrónico charal_in@hotmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre y Firma del participante*

Fecha

Nombre y Firma del Testigo 1

Fecha

Nombre y Firma del Testigo 2

Fecha

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

Apéndice C Instrumentos para colecta de datos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD ENFERMERÍA



Sufrimiento Espiritual y Calidad de vida relacionada a la salud en personas con
Diabetes Mellitus

Folio _____

Fecha ____ ____ ____
Día Mes Año

Hospital: General "Dr. Miguel Silva" Morelia, Mich.

Servicio: Urgencias _____
Cirugía _____
Medicina Interna _____
Traumatología y Ortopedia _____
Consulta Externa _____

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas que le haré. Recuerde que sólo el grupo de investigadores los leerá, ni siquiera las enfermeras y doctores que le atienden en este hospital o centro de salud podrán ver lo que Usted responda. Los datos de su dirección se los solicitamos por si es necesario comunicarnos en otro momento con Usted, pero sólo si Usted está de acuerdo.

Parte I Datos personales

a) Nombre: _____

b) Domicilio: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Calle y número Colonia

Localidad Municipio Estado

Teléfono _____

Parte II

Datos sociodemográficos 1

Variables sociodemográficas											
1. Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	2. Género	Femenino						
					Masculino						
3. Escolaridad (Circule el código del nivel)	Escolaridad		4. Estado civil	Unión libre		5. Con quién vive	Esposo (a)				
	No sabe/No contestó						Pareja				
	Ninguno			Separado			Padre/madre				
	Primaria			Divorciado			Padre y madre				
	Secundaria			Viudo			Hijos				
	Carrera técnica con secundaria terminada			Casado			Sobrinos				
	Normal básica			Soltero			Cuñados				
	Preparatoria o Bachillerato						Vecinos				
	Carrera técnica con preparatoria terminada						Solo (a)				
	Licenciatura o profesional										
Maestría o Doctorado											
6. Ocupación	Hogar		7. Comorbilidad	Hipertensión arterial		9. Tratamiento para el control de la diabetes	Dieta				
	Empleado u obrero			Enfermedad isquémica del corazón			Medicamento		Pastillas		
	Jornalero o peón			Enfermedad crónica del hígado			Insulina				
	Trabajador por su cuenta			Insuficiencia Renal			Ejercicio				
	Patrón o empleador						Automonitorización de glucosa				
	Comercio						Control de peso				
	Profesional						Ninguno				
	Pensionado o Jubilado			8. Tiempo de diagnóstico	Fecha						
	Otro				Meses						

10. Complicaciones de la diabetes	Ocular		11. Religión	Católica		12. Práctica espiritual	Rezar	
	Renal			Evangélica			Hacer mandas	
	Neuropatía			Testigo de Jehová			Prender veladoras	
	Vascular			No tiene			Ir a misa	
	Pié diabético			Otro			Meditar	
							Orar	
							Otra	
13. Participación en grupos de apoyo para el control de la diabetes	Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)		14. Nivel socioeconómico	Menos de \$3,000				
	Club del diabético			De \$3,000 a \$4,999				
	Grupo de apoyo de la iglesia			De \$5.000 a \$7,999				
	Otro			De \$8,000 a \$12,999				
				De \$13, 000 a \$20, 000				
				No responde				
		No sabe						

Parte III Sufrimiento espiritual

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

CA = Completamente de acuerdo

D = En desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo

MD = Moderadamente en desacuerdo

A = De acuerdo

CD = Completamente en desacuerdo

Ejemplo de preguntas

	CA	MA	A	D	MD	CD
a. No sé cuántos granos de arena hay en la playa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Yo sé mi nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

No.	Preguntas	CA	MA	A	D	MD	CD
1	No encuentro mucha satisfacción al orar en privado						
2	No sé quien soy, de dónde vine o a dónde voy						
3	Creo que Dios me ama y creo que sí le importo						
4	Creo que la vida es una experiencia positiva						
5	Creo que Dios es impersonal y que no está interesado en mis situaciones diarias						
6	Siento que mi futuro es incierto						
7	Tengo una relación personal significativa con Dios						
8	Me siento pleno y satisfecho con la vida						
9	No obtengo fortaleza personal ni respaldo de mi Dios						
10	Tengo una sensación de bienestar con respecto a la dirección en la que va mi vida						
11	Creo que a Dios le preocupan mis problemas						
12	No disfruto casi nada de la vida						
13	No tengo una relación personal con Dios que me satisfaga						
14	Me siento bien con respecto a mi futuro						

15	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo					
16	Siento que la vida está llena de conflictos e infelicidad					
17	Me siento más pleno cuando estoy en comunión cercana con Dios					
18	La vida no tiene mucho significado					
19	Mi relación con Dios contribuye a mi sentido de bienestar					
20	Creo que hay un propósito verdadero para mi existencia					

Percepción de la persona sobre si padece sufrimiento espiritual (Gold standard)		
1*	El sufrimiento espiritual es el deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, la trascendencia y la conexión con usted mismo o los otros, con Dios o un poder o ser superior a los demás y con el mundo que lo rodea. También se explica como un dolor profundo del alma o de su ser pero no es un dolor físico. De acuerdo a lo que le acabo de decir, ¿usted cree que en este momento tiene sufrimiento espiritual?	Sí
		No

* La pregunta no. 21 será llenada por una enfermera experta, diferente al encuestador y sin que ninguno de los dos comparta la información proporcionada por el paciente.

Parte IV Calidad de vida relacionada a la salud

24	Tener tu diabetes bien controlada							
25	Complicaciones derivadas de tu diabetes							
26	Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen							
27	Llevar un registro de tus niveles de azúcar							
28	La necesidad de comer a cada rato							
29	No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa							
30	Disminución en el interés sexual							
31	Ajustar tu horario a la diabetes							
32	Necesidad de descansar frecuentemente							
33	Problemas físicos tales como subir escaleras							
34	Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño)							
35	Dormir sin descansar							
36	Caminar más despacio que los demás							
37	Estar etiquetado como diabético							
38	Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar							
39	Diabetes en general							
	Este último mes, ¿cuánto ha afectado a su calidad de vida?	La calidad más alta	Demasiada calidad	Mucha calidad	Regular calidad	Poca calidad	Casi nada de calidad	La más baja calidad
40	Por favor marca una "X" sobre la línea de abajo donde indique su calificación sobre su calidad de vida en general							
41	Por favor marque una "X" en la línea de abajo para mostrar qué tan severa cree que es su diabetes							

Apéndice D

Recursos humanos, tecnológicos y Financieros.

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO
1.-Computadora Personal	1	\$8,000.00
2.- Curso-Terapia Emocional.	10 horas	\$500.00
3.- Impresiones en computadora	100	\$100.00
4.- Libro de Investigación Metodología de la Investigación Hernández Sampieri	1	\$800.00
5.- Memorias USB	2	\$300.00
6.- Transporte público en Morelia.	Los necesarios	\$8.00 por viaje
TOTAL		\$ 10,000.00

Acta de aprobación del protocolo de tesis, por la comisión de ética e investigación.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

PLE. Cristian León Abad

Pasante del programa de Licenciatura de Enfermería

Presente.

Por este conducto se le comunica que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación titulado: "Sufrimiento espiritual y calidad de vida relacionada a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2". La Comisión dictaminó aprobar el protocolo de tesis con observaciones adjuntas, para que sea trabajado con su asesora de tesis.

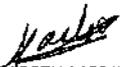
Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Morelia, Michoacán a 31 de Octubre de 2013.


DRA. MARÍA CRISTINA MARTHA REYES


DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DÍAZ


DRA. MA. ELIZABETH MEDINA CASTRO


DRA. MARÍA JAZMÍN VALENCIA GUZMÁN


ME. BARBARA MONICA LOEZA

C.c.p Archivo del Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería.

*Recibi Documento
Original 05 NOV-13
Cristian León Abad*


Oficio de permiso para realizar aplicar las encuestas en el hospital.



SECRETARÍA DE SALUD
MICHOACÁN
BENITO JUÁREZ No. 223
MORELIA, MICH.
C.P. 58000

DEPENDENCIA:	HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA
NUMERO DE OFICIO	5009/298/13
EXPEDIENTE	

ASUNTO: AUTORIZACIÓN

"MICHOACAN COMPROMISO DE TODOS"

Morelia, Mich; 11 de Septiembre de 2013.

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO
SECRETARIA ACADÉMICA DE LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA U.M.S.N.H.
P R E S E N T E

Por este medio se hace constar que el **C. CRISTIAN LEÓN ABAD**, Pasante de Licenciatura en Enfermería egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; está autorizado para llevar a cabo la aplicación de instrumentos para la Investigación de **SUFRIMIENTO ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2** en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaría de Salud, en los Servicios de Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Urgencias y Consulta Externa en los Turnos Matutino y Vespertino con Horario de 8 a 18hrs en el periodo del 28 de Agosto al 12 de Septiembre de 2013.

Se extiende la presente a petición del interesado y para los fines que estime conveniente.

ATENTAMENTE

L.E.Q.D. BERTHA HERLINDA RUIZ CUBILLO
COORDINADORA DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA



BHRC'merg.

