



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería



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

Tesis que para obtener el grado de Licenciado en Enfermería

Presenta

Favian Martínez Ménera

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesoras

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia Michoacán, Enero de 2017

Directivos

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN

Directora de la Facultad de Enfermería

MSP. JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA

Secretario Académico

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

Asesora

LE. BERTHA HERLINDA RUIZ CUBILLO

Vocal 1

LIC. MARÍA ISABEL VALENZUELA VILLEGAS

Vocal 2

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi madre Josefina Ménera Mateo y a todos mis hermanos, especialmente a los que estuvieron conmigo siempre y que nunca me dejaron solo, por la por la dicha de tener un título de licenciatura en enfermería. Por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre, por su amor.

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

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

A mi asesora de tesis la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz por la paciencia y el apoyo que me brindó durante todo mi servicio social y durante este proceso ya que nunca me dejó solo y por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas, porque por su apoyo pude concluir mi carrera y sus enseñanzas que me han llenado de sabiduría.

A todas las personas en general por el tiempo que estuvieron conmigo apoyándome y que confiaron en mí para realizarme profesionalmente. Este gran logro es gracias todos ustedes, mis seres queridos.

Agradecimientos

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

A mí madre: La Sra. Josefina Ménera Mateo y por su paciencia, amor y cariño, por el apoyo y confianza que en mí se depositó. Por haberme dado la vida, una formación, educación, la oportunidad de tener una profesión, por ser mi ejemplo a seguir y estar siempre a mi lado; por apoyarme en todo este tiempo, porque aparte de ser mi familia son mis mejores amigos, por respetar mis decisiones, orientarme y no dejarme vencer ante las circunstancias, por todo lo que soy estoy logrando y lo que falta por lograr y que estaré eternamente agradecido por todo lo que me han dado gracias.

A mi familia y hermanos gracias por su apoyo y comprensión.

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

Resumen

Introducción. Las personas con diabetes tipo 2 (DT2) pueden adquirir sentido en su vida con esta enfermedad, que afecta su calidad de vida. El objetivo fue analizar la relación del bienestar espiritual (BE) en el control metabólico (CM) y la calidad de vida (CV) de las personas con DT2. Material y métodos. Estudio descriptivo y transversal, muestra no probabilística de 150 usuarios de Téjaro, Tarímbaro Michoacán en 2016. Instrumentos: Escala de Bienestar espiritual, Diabetes 39 y cédula de datos sociodemográficos (DSD); control metabólico determinado con glucosa, colesterol y triglicéridos. Se utilizó estadística descriptiva para DSD, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov y se utilizó rho de Spearman y U de Mann-Whitney para diferencias. Resultados. Muestra de 150 personas, mayoría género femenino (79.3%), rango de edad de 19-91 años. Media de tiempo de diagnóstico de DT2 de 5.85 ($DE=6.36$), 88% utilizó hipoglucemiante oral y 50.7% con retinopatía diabética. El BE, BER y BEE fue moderado (69.3%-50.7%-70.7% respectivamente). Hubo diferencias significativas por género en el BE ($U=1807.5$, $p=0.28$) y en BER ($U=1743.0$, $p=0.003$). Se encontró control en colesterol (52%), no en glucosa (36%) ni en triglicéridos (13.3%). En CV la dimensión más afectada fue energía/movilidad ($X=41.98$, $DE=12.619$) y la menos afectada fue la dimensión funcionamiento sexual ($X=6.89$, $Mdn=7$). Se encontró diferencia significativa en BER y control de la diabetes ($r_s=.165$; $p<.05$) y entre BEE y funcionamiento sexual ($r_s =.168$; $p<.05$). Conclusión. El bienestar espiritual está relacionado con la calidad de vida de personas con diabetes en dimensiones control de diabetes y funcionamiento sexual. Palabras clave: bienestar espiritual, calidad de vida, diabetes tipo 2, espiritualidad y control metabólico.

Abstract

Introduction. People with type 2 diabetes have already learned how to deal with the disease, although it affects their way of life. The objective was to analyze the relationship of spiritual well-being in the metabolic control and the quality of life of people who have type 2 diabetes. Material and methods. Descriptive and cross-sectional study, show non-probabilistic samples of 150 users of T ejaro, Tar imbaro, Michoac an, 2016. Instruments: Spiritual Wellness Scale, Diabetes with glucose, cholesterol and triglycerides. Descriptive statistics were used for DSD, the Kolmogorov-Smirnov test was performed and Spearman rho and Mann-Whitney U were used for differences. Results; samples of 150 people, most female gender (79.3%), of age range of 19-91 years old. Mean time of diagnosis of type 2 diabetes 5.85 (SD = 6.36), 88% used oral hypoglycemic and 50.7% used diabetic retinopathy. BE, BER and BEE were moderate (69.3% -50.7% -70.7% respectively). There were significant gender differences in BE (U = 1807.5, p = 0.28) and in BER (U = 1743.0, p = 0.003). Cholesterol control was found (52%), not in glucose (36%) or in triglycerides (13.3%). In CV the most affected dimension was energy / mobility (X = 41.98, SD = 12.619) and the least affected was the sexual functioning dimension (X = 6.89, Mdn = 7). A significant difference was found in BER and control of diabetes (rs = .165; p <.05) and between BEE and sexual functioning (rs = .168; p <.05). Conclusion; spiritual well-being is related to the quality of life of people with diabetes in terms of diabetes control and sexual functioning.

Keywords: spiritual well-being, quality of life, type 2 diabetes, spirituality and metabolic control.

INDICE

introduccion.....	1
Justificación	4
Planteamiento del problema.....	17
Objetivos	19
Hipótesis.....	20
Marco teórico.....	22
Material y métodos	33
Tipo de estudio.....	33
Diseño metodológico.....	33
Límites de espacio temporales	33
Universo	33
Variables.....	34
Consideraciones éticas y legales	39
Resultados	42
Discusión.....	55
Conclusiones	59
Sugerencias	60
Referencias bibliográficas	61
Anexos.....	65

Introducción

En México y en el Estado de Michoacán de Ocampo, la diabetes tipo es la segunda causa de mortalidad general (ENSANUT, 2012; Secretaría de Salud de Michoacán, 2011) y ocasiona graves complicaciones en las personas que la padecen.

Estas complicaciones provocan en las personas consecuencias no sólo físicas, sino también emocionales, sociales, psicológicas y espirituales. Por eso, enfermería, quien cuida a la persona en su integralidad, debe considerar la dimensión espiritual al tratar a estas personas.

Si no se cuida considerando todas las dimensiones de la persona, se dejan fuera las necesidades espirituales que pueden provocar sufrimiento, sobre todo cuando se tiene una enfermedad como la diabetes, que acompañará a la persona durante toda su vida.

Por eso resulta fundamental que enfermería incluya dentro de su cuidado la detección de los factores relacionados con el control glucémico en las personas diabéticas y uno que ha cobrado importancia en los últimos años es la espiritualidad. El presente trabajo pretende estudiar los niveles del bienestar espiritual (BE) y su relación con el control metabólico relacionada a la salud en las personas con Diabetes tipo 2 (DM2).

El documento se estructuró en varios apartados. El primer apartado de la justificación presenta la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad del problema de estudio.

El siguiente apartado presenta los argumentos que fundamentan la necesidad de explorar la influencia de un elemento como el BE en los resultados de salud objetivos y subjetivos de la persona que vive con una condición crónica. Posteriormente 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; el siguiente elemento incluido es la hipótesis.

El siguiente apartado del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados en tres variables: BE, CVRS y DM2.

El apartado siguiente 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.

Se incluyen de igual manera las referencias bibliográficas consultadas durante el proceso de elaboración del protocolo.

Capítulo I

Justificación

La dimensión espiritual relaciona al individuo con el mundo, pues le da significado y sentido a la existencia. Establece, además, un puente común entre los individuos, pues los trasciende y les permite compartir sus sentimientos. Según Smutko, la espiritualidad resulta de la relación con Dios, con el otro y consigo mismo (Smutko, 1995).

Sánchez demuestra que el bienestar espiritual es el sentido de interconexión armoniosa en la trascendencia espiritual que existe a través y más allá del tiempo y el espacio (Sánchez, 2004); estudios recientes afirman que la espiritualidad es una cualidad fundamental que contribuye a la salud y el bienestar, la satisfacción de vivir y hacer frente a la enfermedad, la esperanza, el ajuste psicosocial y la calidad de vida en general. Todo este énfasis acerca de la espiritualidad es importante para los profesionales de Enfermería porque, durante la relación de cuidado, la espiritualidad se constituye en un componente importante del ser humano con capacidad para valorar y brindar cuidados en la dimensión física, social y espiritual de las personas, creciendo esta en tiempos difíciles.

La importancia de estudiar nuevas variables desde la dimensión espiritual en personas con diabetes reside en que este padecimiento es un problema de salud pública mundial con una elevada y creciente prevalencia y mortalidad, la cual está aumentando a un ritmo acelerado y como consecuencia desgastando la salud de estas personas.

De acuerdo con la OMS (2015) se calcula que en 2014 la prevalencia mundial de diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. La Federación Internacional de Diabetes (FID) ha establecido que 382 millones de personas padecen diabetes y 46% de estas no han sido diagnosticadas. El predominio de personas con diabetes en la región ha sido de 36,8 millones y para el 2035 se espera que el número aumente a casi la mitad hasta los 50,4 millones. La FID hace énfasis en la preocupación de la alta mortalidad mundial la cual es de 4.6 millones, atribuida

a esta enfermedad, además de encontrarse entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo. De no emprenderse ninguna acción se estima que el número de diabéticos aumentara de 366 millones en el 2011 a 552 millones en el 2030 (Federación Internacional de Diabetes, 2013).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) clasifica a la diabetes tipo 2 dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles, la cual es el tipo de diabetes más común a nivel mundial con un 90% de los casos; estas son impulsadas cada vez más por la globalización, urbanización, afectaciones económicas, demográficas, hábitos alimenticios y los cambios en los estilos de vida actual, donde predomina el sedentarismo y el consumo de alimentos altos en niveles calóricos y bajos en nutrientes. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2012).

Derivado de la carga social y económica para la sociedad y para los sistemas de salud en el mundo, la afectación de la salud por la diabetes tipo 2, se han generado políticas capaces de promover, conservar y mantener la salud. Al respecto, la Vigilancia de la Salud Pública, a través de la Vigilancia Epidemiológica, ha permitido contar con información sanitaria fidedigna para la toma de decisiones.

En México el Programa Nacional de Desarrollo 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 (Programa Nacional de Desarrollo, 2013).

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).

Como se puede observar por los datos presentados, la diabetes es un problema muy grave porque no sólo afecta a la persona físicamente sino también en su parte emocional y espiritual. Algunos estudios que se han realizado en otras disciplinas que no son de enfermería dicen que la salud se relaciona con su espiritualidad y el bienestar espiritual (Paloutzian y Park, 2005; Sloan, Bagiella y Powell, 1999).

Para las enfermeras la dimensión espiritual muy importante porque desde su origen como profesión, cuida a las personas de manera integral buscando siempre mejorar su bienestar y su calidad de vida.

Algunos artículos que han estudiado el bienestar espiritual son los siguientes.

Whetsell, Federickson, Aguilera y Maya (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 un diseño de tipo descriptivo correlacional; 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.

Jasso, Pozos, Olivera y Cadena (2014) llevaron a cabo una investigación en México, DF con el objetivo de analizar el bienestar espiritual de las personas cardiopatas hospitalizadas en una institución de salud. Tipo de estudio correlacional, prospectivo y transversal, muestra aleatoria de 297 incluyó a personas cardiopatas se aplicó el cuestionario *Spiritual Perspective Scale* constituido por dos dimensiones, creencias y prácticas, 10 ítems tipo Likert, valor de 1-6; nivel de espiritualidad bajo, medio y alto. Análisis descriptivo, pruebas de correlación (Pearson y Spearman) y comparación (χ^2 y U de Mann-Whitney) para las variables espiritualidad y variables demográficas; $p < 0.05$ como significativo. En los resultados se encontró lo siguiente 50.8% mujeres, 89.6% católicos, 60% ha tenido hospitalizaciones previas. 68% tiene nivel alto de espiritualidad y 24.9% nivel medio. La espiritualidad se correlaciona con la edad, siendo más fuerte con las creencias. Las mujeres, quienes tienen una pareja (casadas o unión libre) ($\chi^2 = 9.216$, $gl = 2$, $p = 0.010$) o tienen ≥ 60 años de edad tienen mayor espiritualidad.

En Santa María, Colombia, Rivas, Romero y Vásquez (2013) ejecutaron una investigación con el objetivo de determinar el bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. Tipo de estudio descriptivo, transversal, muestra de 106 pacientes con enfermedades crónicas, a los cuales se aplicó la escala de bienestar espiritual de Jarel, valoró las dimensiones fe y creencias, vida / autorresponsabilidad y satisfacción / vida. Los resultados evidenciaron que el 53% de los pacientes fueron de sexo masculino, predominando los pacientes con 60 años o más (80%), destacándose la presencia de enfermedades crónicas, siendo la más comunes las cerebrovasculares, las cuales ocasionaron discapacidad. Se evidenció que el 100% de ellos creen en un ser superior, oran y comparten la responsabilidad de su vida con sus familiares y no se encuentran satisfechos con su vida, puesto que la cronicidad en sí misma cambia la vida del paciente y su familia.

En 2008, Gallegos realizó 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 fue 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.

Guerrero, Parra y Mendoza (2016) realizaron una investigación en Yaracuy Venezuela, con el objetivo analizar la correspondencia entre autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento de hemodiálisis, estudio correlacionan de corte transversal. El universo estuvo constituido por 200 pacientes de dos instituciones de salud y finalmente quedó una muestra intencional de 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres) que reunieron los criterios de selección establecidos y respondieron de manera voluntaria y previo consentimiento informado la escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. La autoeficacia generalizada presentó asociación con la calidad de vida relacionada con la salud ($r = -0,480$; $p = 0,01$), con las dimensiones energía y movilidad ($r = -0,315$; $p = 0,01$), control de la diabetes ($r = -0,409$; $p = 0,01$) y la sobrecarga social ($r = -0,457$; $p = 0,01$). Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo, los resultados sugieren que a medida que los pacientes tengan un sentimiento de confianza para afrontar situaciones de la vida de manera eficaz, se verá menos

afectada la energía y la movilidad, el control de la diabetes, la sobrecarga social y por consiguiente, su calidad de vida relacionada con la salud.

En Cúcuta, Colombia, Bautista y Zamano (2015) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir la calidad de vida percibida por los adultos con diabetes tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en una muestra de 287 personas con diabetes. Se aplicó el cuestionario de Diabetes Quality of Life, que permite conocer la calidad de vida del paciente diabético, mediante la valoración de las subescalas satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, efectos sociales y vocacionales, efectos futuros de la enfermedad y bienestar general. En los resultados se encontró lo siguiente, el rango de edad fue entre los 50 y los 80 años y más, la edad promedio fue de 65 años, el 62,3 % tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7 % consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada es la del impacto en el tratamiento con una puntuación promedio de 41,1 y la menos afectada es la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad, con 9,9.

Rivera, López y Sandoval, en 2012 realizaron una investigación en el Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México con el objetivo de evaluar el grado de desajuste psicológico en pacientes bajo DPCA, variables psicosociales, las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos y el impacto en su calidad de vida. Se entrevistó a 83 pacientes en DPCA (43 mujeres y 40 hombres; media de edad, 53.5 años; DE, 15.3), elegidos por disponibilidad de la Unidad de Diálisis de un Hospital General. La calidad de vida se asoció inversa y significativamente a depresión, ansiedad y soledad. La espiritualidad basada en una relación plena con la vida se asoció de manera inversa con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte. La depresión, la desesperanza y la soledad se asociaron con un estilo de afrontamiento cognitivo-disfuncional. La soledad e ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo; la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento

cognitivo-positivo. Al compararse contra un grupo normativo, los sujetos con un alto grado de desajuste psicológico obtuvieron medias más altas de depresión y desesperanza. Los resultados son consistentes con hallazgos reportados en otras latitudes, evidenciándose la necesidad de instrumentar estrategias de intervención tendientes a disminuir el riesgo de suicidio y a generar un mejor ajuste psicológico a la situación de DPCA.

En 2015, Lopes, Lara y Chieppe llevaron a cabo una investigación en São Paulo Brasil, con el objetivo de investigar las inter-relaciones entre bienestar espiritual, depresión y calidad de vida durante el enfrentamiento del cáncer por pacientes de la Casa de Apoyo a los Pacientes con Cáncer. Quince pacientes diagnosticados con cáncer, independientemente del tipo de neoplasia, fueron sorteados y participaron de la investigación mediante el consentimiento libre y aclarado. Se aplicaron los siguientes instrumentos: escala analógica de evaluación del bienestar espiritual, inventario Beck para depresión, escala de calidad de vida de la Organización Mundial de Salud y una entrevista semi-estructurada. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis de correlación estadístico y el análisis de categorías de las entrevistas semi-estructuradas. La población estudiada presentó bienestar espiritual y religioso moderado, sugiriendo que el cáncer favorece la búsqueda de la espiritualidad y religiosidad como mecanismos de enfrentamiento del sufrimiento. Las correlaciones señalan para una búsqueda significativa del paciente oncológico por espiritualidad y mejoría en su calidad de vida.

En 2011, Payán efectuó una investigación en Medellín, Colombia cuyo objetivo fue evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el bienestar espiritual con la calidad de vida en personas con cáncer en estado terminal. En un estudio exploratorio descriptivo correlacional y transversal en una muestra de 50 personas con cáncer en estado terminal. Se utilizaron como instrumentos el inventario de bienestar espiritual (SIWB), el cuestionario de cognición hacia la enfermedad (ICQ) y el cuestionario de calidad de vida (MQoL). Los resultados a nivel descriptivo indican que los síntomas físicos más graves e insidiosos son dolor, astenia y adinamia. Respecto a la escala total de bienestar espiritual hubo correlaciones positivas con beneficios percibidos del ICQ y bienestar existencial de

calidad de vida y negativas con desesperanza del ICQ y síntomas psicológicos de calidad de vida. En conclusión, la espiritualidad y las cogniciones positivas frente a un proceso de enfermedad en estado terminal son variables mediadoras, amortiguadoras y moduladoras de la calidad de vida a nivel físico, psicológico, emocional, social, espiritual y económico.

En 2014, Leite, Rodrigues efectuaron una investigación en Alcaldía Municipal de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil, con el objetivo de comprender el significado de la espiritualidad para los pacientes diabéticos en correlación con su calidad de vida. Se aplicó cuestionario que constaba de tres preguntas, grabadas y transcritas integralmente. El perfil de los encuestados, en su mayoría eran mujeres, casadas, desempleadas y con estudios primarios incompletos. El estudio demostró que el significado de la espiritualidad para ellas está vinculado a aspectos religiosos, que se aferran a ser capaces de vivir con diabetes y así mejorar su calidad de vida.

En relación con el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 se muestran a continuación los siguientes estudios.

En 2014, Álvarez, Ávalos, Morales y Córdova realizaron una investigación en Tabasco, México con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento (NdC) de la diabetes tipo 2, estilo y su relación el control metabólico. En un estudio observacional, transversal y analítico en una muestra de 200 personas con diabetes se aplicó un cuestionario elaborado ex profeso de 33 con opciones de respuesta de casi nunca a siempre; el control metabólico se obtuvo de datos de laboratorio obtenidos del expediente. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (chi cuadrada de Pearson). En los resultados se encontró lo siguiente: media de edad 55 años, promedio de año de estudios 6, 59.5% fueron mujeres, 44.5% dedicadas al hogar y media de 10 años de evolución de la enfermedad. El nivel de conocimientos fue insuficiente (87%) y al relacionar el NdC y el control metabólico se obtuvo una χ^2 de 4.735 y una $p=0.03$; el 92% presentan estilo de vida no saludable. El 56% presentó hiperglucemia en ayuno; el 52% presentó niveles normales de colesterol y el 57.5% cursó con hipertrigliceridemia.

En Callao, Perú Ayala, Acosta y Zapata (2013) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de adecuado control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) tomando en cuenta el valor de la hemoglobina glucosilada recomendado por la Asociación Americana de Diabetes. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo con muestra de 281 personas con DM-2. En los resultados se encontró lo siguiente: el 50,88% de los pacientes tuvo una HbA1c menor de 7%, el 57,29% fue varón, la edad promedio fue de 59,86 años y el tiempo promedio de enfermedad fue de 8,19 años. Diez (3,58%) pacientes recibían solo dieta, 131 (46,61%) un solo antidiabético oral, 59 (20,99%) dos antidiabéticos orales y 81 (28,82%) insulina.

Jasso, Villena y Guevara (2015) llevaron a cabo una investigación en Lima Perú con el objetivo de describir el grado de control metabólico basado en los niveles de glicemia, hemoglobina glicosilada (HbA1C), presión arterial y perfil lipídico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos ambulatoriamente en un hospital general. Estudio descriptivo-retrospectivo de una serie de casos con muestra de 107 pacientes. Se recogieron variables demográficas, antecedentes cardiovasculares, tiempo de enfermedad, número de controles por año, variables antropométricas, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico y presión arterial. Se estableció el grado de control metabólico mediante HbA1C, colesterol LDL y presión arterial. Se obtuvo como resultado que el 51,4% de diabéticos mantuvo una glucosa basal entre 80 y 130 mg/dl, el 31,8% una hemoglobina glucosilada menor de 7%, el 68,2% un colesterol total menor de 200 mg/dl, el 37,4% el colesterol LDL inferior a 100 mg/dl, y el 40,2% triglicéridos menor a 150mg/dl. El 51,4% tuvo una presión arterial sistólica inferior a 130 mm Hg y el 73,8% una diastólica inferior a 80 mm Hg. Sólo el 9,3% presentó control metabólico adecuado tanto en niveles de HbA1C, colesterol LDL y presión arterial sistólica.

En 2013, Figueroa y Gamarra realizaron una investigación en Bucaramanga, Colombia, con el objetivo de conocer la falla en el control metabólico en pacientes diabéticos, así como los factores de riesgo asociados a ello. Se realizó un estudio analítico de corte transversal, que midió la prevalencia del no control metabólico en

los pacientes diabéticos tipo 2, del programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en una empresa promotora de salud de Bucaramanga; muestra de 484, de los cuales 407 tuvieron registro de Hba1c durante los tres meses previos al estudio. En los resultados se encontró lo siguiente: la prevalencia del no control metabólico fue de 65%. Las variables asociadas con este desenlace con $p < 0.05$, fueron: antecedente de dislipidemia, no adherencia a los fármacos, tener entre 50 y 65 años, consumir más de seis tabletas de medicamentos al día, estar desempleado, asistir acompañado a veces a la consulta, uso de fármacos para gastritis, diabetes de más de 10 años de duración, más de dos tabletas de hipoglicemiantes al día y uso de insulina.

Hidalgo, México Solano, Pace, García y del Castillo (2013) efectuaron una investigación con el objetivo de evaluar los efectos del control metabólico antes y después de la intervención educativa para pacientes con diabetes tipo 2 (DT2). Fue un estudio cuasi experimental, con muestra de 82 usuarios con DT2, con asignación aleatoria a dos grupos de pacientes diabéticos. Para ello se aplicó el protocolo de MDE, habiendo formado dos grupos: Grupo Intervención y Grupo Control, todos ellos atendidos en el centro de salud "Jesús del Rosal" de los Servicios de Salud en Pachuca, Estado de Hidalgo. La recolección se efectuó en el centro de salud, de junio a diciembre de 2008. Para eso se diseñó un instrumento para evaluar las variables lipídicas (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, hemoglobina glucosilada) y no lipídicas (peso, talla para construir el Índice de Masa Corporal (IMC) >27 y <35) y las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ingreso familiar y ocupación). En los resultados se encontró en los datos descriptivos de las variables demográficas del estudio lo siguiente: el grupo de intervención se conformó por 41 pacientes, (70.7%) del sexo femenino, con edad promedio 60.4 ± 10.5 años, el estado civil: (82.5%) casadas, con una escolaridad promedio de 5.9 ± 2.8 años, la ocupación se distribuyó entre empleadas (56%) y amas de casa (31%) y el promedio de duración de la enfermedad de 4.1 ± 2.8 años.

Álvarez, Avalos, Morales y Córdova (2014) realizaron una investigación en Tabasco, México, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, estilo de vida y su relación con el control metabólico del paciente con

diabetes mellitus tipo 2 de la UMF. No. 39 IMSS. Se realizó un estudio de tipo observacional transversal y analítico en una muestra de 200 usuarios con diabetes. Para tal fin se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el conocimiento y estilo de vida en el paciente. Se empleó estadística descriptiva y analítica. Para relacionar las variables de interés, se utilizó la χ^2 de Pearson. Se empleó el programa SPSS versión 15.0. Resultados. La media de edad de los pacientes fue de 55 años, el promedio de años de estudios fue de 6, predominaron las mujeres con 59.5%, de ocupación labores del hogar el 44.5%, con una media de 10 años de evolución con la enfermedad; el nivel de conocimiento fue insuficiente en el 87% ($n=174$), al relacionar el nivel de conocimiento y el control metabólico se obtuvo una χ^2 de 4.735 y una $p=0.03$; el 92% de los pacientes ($n=184$) presentan un estilo de vida no saludable, al relacionar el estilo de vida y el control metabólico se obtuvo una χ^2 de 6.922 y una $p=0.009$ estadísticamente significativa.

En 2014, Osuna, Rivera, Bocanegra, Lancheros, Tovar, Hernández y Alba, en Bogotá, Colombia, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con diabetes tipo dos hospitalizados en el servicio de medicina interna durante el periodo comprendido entre octubre de 2010 y agosto de 2012 en el hospital de San José de esta ciudad. Estudio descriptivo, de tipo serie de casos, en pacientes con diagnóstico de DT2, que acudieron al servicio de medicina interna, durante un periodo comprendido entre octubre de 2010 y agosto de 2012 con una muestra de 318 usuarios. Se determinaron características demográficas, variables asociadas con la diabetes (tiempo de evolución, tratamiento, control por médico especialista y complicaciones crónicas), estancia hospitalaria, complicaciones intrahospitalarias y mortalidad. En los resultados se encontró que la edad promedio fue 65 años ($DE=13.7$). La principal causa de admisión fue enfermedad infecciosa (43%), seguido de descompensación metabólica (21%). El 81% se encontraba fuera de las metas de control metabólico. La neuropatía (68%) y la nefropatía diabética (66%) son las complicaciones crónicas más frecuentes. El 71% presentaban hipertensión arterial. Los pacientes con un mal control metabólico tuvieron una estancia hospitalaria mayor a 10 días de 17.5%

respecto a 12% de aquellos con buen control metabólico. Se presentaron 17 defunciones (5.3%) principalmente por complicaciones infecciosas.

Medellín, Colombia, Martínez, Martínez, Rodríguez, Agudelo, Jiménez, Vargas y Lopera (2014) realizaron una investigación en Medellín, Colombia, con el objetivo de explorar la relación entre la adherencia terapéutica y el control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), que consultaron a una institución hospitalaria. Tipo de estudio transversal, la muestra estuvo constituida por personas con 18 y más años, con diagnóstico de DM-2 menor o igual a 6 meses, muestra por conveniencia. Se aplicaron las escalas Summary of Diabetes Self-Care Activities para valorar adherencia terapéutica y Duke-Unc para evaluar apoyo social. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue procesada por el método inmunturbidimétrico de inhibición en el Equipo Cobas C-501. Se asumió como “control metabólico adecuado un valor de HbA1c menor al 7%. Se utilizó el programa SPSS versión 19.0 para el análisis. En los resultados se encontró lo siguiente: de los 70 pacientes estudiados, el 66% son mujeres, el 76% tiene hipertensión arterial, el 70% tiene dislipidemias y el 16% fuma. Además, el 59% es insulino dependiente, el 70% tiene HbA1 menor a 7, y el 87% no tiene apoyo social. Los factores con mayor proporción de adherencia fueron: medicación (79%) y cuidado de pies (71%). Mientras que los más bajos fueron: autocontrol glicémico (32%) y ejercicio (28%). La HbA1c se correlacionó significativamente ($p < 0.05$) con adherencia a dieta, autocontrol de glicemia, cuidado de pies, apoyo social y género.

Pincheira, Morgado, Alviña y Vega (2014) llevaron a cabo una investigación en Valparaíso, Chile, con el objetivo de determinar la relación entre los parámetros de control metabólico y la calidad de los hidratos de carbono (H de C) de la dieta, en sujetos diabéticos tipo 2 (DM 2), controlados con dieta y/o metformina. Estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Muestra de 108 hombres y mujeres entre los 18 y 60 años, con hemoglobinas glicadas (HbA1c) entre 6% y 10%, sin sulfonilureas ni insulino terapia, fue seleccionada en forma aleatoria de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se determinó la ingesta de H de C, el índice glicémico (IG) y la carga glicémica (CG) de la dieta. Desde las fichas clínicas se obtuvieron valores recientes de HbA1c. Los datos fueron tabulados en el

programa SPSS versión 17. Se utilizó el test de correlación de Pearson para analizar el grado de asociación entre las variables, considerándose significativo un $p < 0,05$. El promedio de HbA1c fue de $7,3 \pm 1,3$ %, el consumo de H de C fue de $219,8 \pm 27,0$ g/día; el IG fue de $74,9 \pm 11,3$ % y la CG fue de $164,0 \pm 22,04$ g. Se encontró correlación positiva y significativa entre el consumo de H de C ($r=0,290$; $p<0,05$), IG ($r=0,70$; $p<0,001$) y CG ($r=0,225$; $p<0,05$) de la dieta con los niveles de HbA1c de los sujetos estudiados.

Las investigaciones consultadas contribuyeron a esta investigación dando sustento a la importancia del estudio de bienestar espiritual y calidad de vida en personas con diabetes tipo 2, 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.

Fue posible realizar esta investigación porque se participó en un proyecto aprobado por la SEP-Prodep a la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz que proporcionó financiamiento para la compra de los reactivos para medir el control metabólico y una beca para el tesista.

Otro factor que permitió hacer la tesis fue la aceptación de las autoridades de Téjaro, Michoacán, especialmente sus habitantes, personas con diabetes que agradecían cuando se les medía la glucosa, el colesterol y el triglicérido.

Durante el servicio social fue posible observar muchas personas con esta enfermedad que llegaban con problemas de salud muy graves que les afectan en muchos aspectos de su vida porque no siempre se tiene acceso a los medicamentos y por las distancias es muy difícil trasladarse al centro de salud.

Planteamiento del problema

Enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado y sus sujetos de estudio son las personas, la familia y la comunidad. Para enfermería resulta importante trabajar con las personas con condiciones crónicas como la diabetes ya que estas personas viven a lo largo de su vida con esta enfermedad que les genera muchas complicaciones que les afecta a su calidad de vida.

El objetivo de este estudio será analizar el bienestar espiritual relacionado al control metabólico de las personas con diabetes tipo 2 residentes de Tétjaro, Michoacán, 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, 2013). 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.

En 2012 México tuvo una proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%) (ENSANUT, 2012).

Por lo que se refiere a las complicaciones presentadas por los pacientes diabéticos, la más reportada fue la visión disminuida (47.6%), que se refleja también en daño a la retina (13.9%) y pérdida de la vista (6.6%). La presencia de úlceras ocurrió en 7.2% de los pacientes y 2.9% reportó haber padecido un coma diabético.

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 (Pérez, Franco & Dos Santos, 2008).

Se pretende que esta investigación fortalezca el Grupo de Investigación Cuidado en Condiciones Crónicas.

Por lo tanto se plantean las siguientes preguntas de investigación.

¿Cuál es el nivel de bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial en las personas con diabetes tipo 2?

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

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

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial con el control metabólico de las personas con diabetes tipo 2?

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual, bienestar espiritual religioso y bienestar espiritual existencial con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2?

Objetivos

General

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

Específicos

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

Hipótesis

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

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

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

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

Marco teórico

En este apartado se explican las variables de estudio del proyecto de investigación. Se inicia con bienestar espiritual, se continúa con calidad de vida y se finaliza con control metabólico.

Bienestar espiritual

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

Ellison sostiene que el bienestar espiritual es una armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o un poder superior, manifestado a través de expresiones creativas, rituales, familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas que generan una dimensión existencial (hacia sí mismo y los demás), y una religiosa (hacia un ser o fuerza superior). Anota que el bienestar espiritual puede medirse a partir de la percepción de cada persona y este tiene un componente religioso y existencial que pueden experimentarse (Ellison, 1983; Buffort, Paloutzian y Ellison, 1991).

Para Sánchez el bienestar espiritual es el sentido de interconexión armoniosa en la trascendencia espiritual que existe a través y más allá del tiempo y el espacio. Se logra a través de un proceso de crecimiento dinámico y de integración. Incluye un regocijo inherente, interno, que se vuelve real cuando encuentra la unicidad de sí en el universo e incrementa la habilidad de amar y de volverse más profundo interiormente, creyendo en el significado de la vida. Es la expresión de un amor espontáneo en todas las facetas de la vida, posible en la medida en que el individuo se acepte y ame así mismo y permite distribuir amor y energía universal (Sánchez, 2004).

Puede decirse que la enfermería ha estado asociada a la espiritualidad y que la enfermería moderna debe en parte su filosofía de cuidado y preocupación

humanitaria a las influencias de la cristiandad. Desde una perspectiva histórica la enfermería está saturada de valores y principios que le dan una herencia espiritual muy rica que hasta ahora le ha servido de base.

La dimensión espiritual en enfermería ha tenido especial relevancia con el transcurrir del tiempo; Nightingale, en 1859, creyó en el componente espiritual de la vida humana, Abogó por la enfermería total al asegurar que la dimensión espiritual es una parte integral del ser humano y el cuidado espiritual es esencial para la sanación; Watson opinó que la espiritualidad es un aspecto esencial que influye en las condiciones emocionales y físicas de las personas ; en las tres últimas décadas se han publicado investigaciones en las que se inicia una nueva etapa para la religión y la espiritualidad en el área de la salud. Las creencias han sido hasta el momento un tema de interés y estudio en lo concerniente al mantenimiento y recuperación de la salud (Sierra, 2012).

En el contexto de la salud, se considera cada vez más deseable una atención holística a los pacientes, traducida en el deber de los enfermeros de atender a todas las necesidades de las personas, sean aquellas más relacionadas a la dimensión bio-psico-social o a las necesidades espirituales. La inclusión y la importancia de la espiritualidad en enfermería han sido enfatizadas por su relevancia en la calidad de los cuidados y en el bienestar de los pacientes, en particular de las personas diabéticas.

La espiritualidad deriva del término spiritus, que significa soplo de vida. Está relacionada con las cuestiones mayores de la vida, porque permite a las personas cuestionar, buscar y encontrar el sentido de su vida. Cada persona encuentra el sentido de su vida de diferentes modos, confiriendo a la espiritualidad un carácter individual, dinámico y subjetivo. Además del sentido de la vida, la espiritualidad está íntimamente relacionada con las creencias, valores y trascendencia. Por ese motivo, todas las personas son seres espirituales y el enfermero debe atender a esas necesidades de los pacientes religiosos y de aquellos que se consideran ateos o agnósticos. Las situaciones más críticas de la vida y que suscitan la posibilidad de

muerte, confrontando las personas con su finitud, son aquellas más espirituales (Caldeira, 2014).

En esta investigación se medirá Bienestar espiritual utilizando la escala elaborada por Ellison y Paloutzian y validada al español.

Calidad de vida

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) puede ser definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010). Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas (Schwartzmann citado por Urzúa, 2010; Pavlov, Cortés y Pino citado por Urzúa, 2010).

Otros conceptos de calidad de vida son los siguientes.

Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experimentar satisfacción con la vida y efectos positivos y la ausencia de efectos negativos (Echteld, Van Elderen, Van der Kamp citados por Urzúa, 2010).

Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial (Awad citado por Urzúa, (2010).

Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular (Burke citado por Urzúa 2010).

Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general (Shumaker & Naughton citado por Urzúa, 2010).

Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas (Patrick & Erickson citado por Urzúa, 2010).

Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro (O'Boyle citado por Urzúa 2010).

La CVRS se puede ver afectada, tanto por una patología, como por los efectos adversos de un tratamiento, y afectar de manera directa la condición de salud de una persona en aspectos como el rol físico, psicológico, espiritual y social, principalmente de aquellos que sufren de una enfermedad crónica –como se ha evidenciado en la Diabetes Mellitus tipo 2 (López, Cifuentes y Sánchez, 2013).

Existe evidencia que la DM2 afecta negativamente la CVRS. Diversos factores se han reportado vinculados a una mejor o peor CVRS en personas con DM2 tales como el sexo, edad, la presencia de una pareja, nivel de estudios⁶, apoyo social, índice de masa corporal, complicaciones derivadas, comorbilidades asociadas, tipo de tratamiento, control glucémico y la satisfacción con la salud (Urzúa, 2011).

El concepto denominado calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren (López y Rodríguez, 2006)

La salud mental es un elemento modulador de la CV, en tanto otros como el sexo, el tiempo de diálisis o la edad de los participantes no constituyeron elementos relevantes en esta evaluación (Urzúa, 2010; Pavlov, Cortés y Pino citado por Urzúa, 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido

denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de estos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social y, por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones de salud (Bautista y Zambrano, (2015).

La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las tres últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica (López y Rodríguez, 2006) e incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas (López y Rodríguez, 2006)

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la Calidad de Vida (CV) ha sido una variable tan importante como el control metabólico en el manejo de los pacientes con esta patología. Asimismo, se ha determinado que la DM tipo 2 es un factor que afecta negativamente a la percepción de la CV, y esta alteración se asocia tanto a las complicaciones de la enfermedad como al tratamiento de por vida Urdaneta y colaboradores (2012).

Investigaciones han informado que los pacientes con DM tipo 2 presentaban significativamente una CV más deteriorada (Urdaneta y colaboradores, 2012).

Medición de la calidad de vida

La evaluación de la CVRS puede ser a través de: a) instrumentos genéricos; b) instrumentos específicos: enfermedades particulares, grupos de pacientes, o c) áreas o dimensiones de funcionamiento (Urzúa, 2010).

Control metabólico

Para abordar el control metabólico se iniciará con conceptos relacionados a la diabetes.

Diabetes 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 ALAD, 2013).

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 ALAD 2008).

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, 2016).

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 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 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.

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 postprandrial <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.

Control metabólico

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

El control metabólico obtenido en la actualidad en los pacientes con diabetes mellitus dista mucho de ser óptimo, ya que además de la ingesta de medicamentos, se requiere ajustes en el estilo de vida como son la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada, ya que la modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la enfermedad o cambiar su historia natural.

También se sabe que el desconocimiento de la propia enfermedad influye desfavorablemente en el cumplimiento terapéutico y éste a su vez en el grado de control metabólico, es por ello que las personas con diabetes mellitus necesitan conocer su enfermedad, pues el éxito en el tratamiento depende fundamentalmente de que los pacientes hayan aprendido a convivir y a actuar asertivamente en relación a su enfermedad (Álvarez, 2014).

Diversos estudios han demostrado que un adecuado control metabólico de los pacientes diabéticos previene o retrasan las complicaciones crónicas asociadas a la diabetes (Ayala, 2013).

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

Elemento	Glucosa	Colesterol	Triglicéridos
Cifra	< 100mg/dl	<200 mg/dl	<150 mg/dl

Glucosa

Glucosa Anormal en Ayuno, glucosa de ayuno \geq a 100 y \leq a 125 mg/dl.

Colesterol

Colesterol es definido por la Norma oficial Mexicana 037 SSA2 2012, a la molécula esteroidea, formada por cuatro anillos hidrocarbonados más una cadena alifática de ocho átomos de carbono en el C-17 y un OH en el C-3 del anillo A. Aunque desde el punto de vista químico es un alcohol, posee propiedades físicas semejantes a las de un lípido.

Clasificación

LDL (Colesterol-LDL), son las lipoproteínas de baja densidad, transportan el colesterol al endotelio arterial que con el tiempo llega a obstruir el flujo sanguíneo. Los niveles altos de LDL están asociados a problemas cardiovasculares.

HDL (Colesterol HDL), son las lipoproteínas de alta densidad, participan en el transporte inverso del colesterol, es decir de los tejidos hacia el hígado para su excreción o reciclaje. Los niveles altos de HDL confieren una gran protección de problemas cardiovasculares al paciente.

Triglicéridos, a las moléculas de glicerol, esterificadas con tres ácidos grasos. Principal forma de almacenamiento de energía en el organismo. También llamados triacilgliceroles.

Clasificación

Los niveles de los lípidos se clasifican de acuerdo con su concentración sanguínea por espectrofotometría de la siguiente manera:

	Recomendable	Limítrofe	Alto riesgo	Muy alto riesgo
CT	<200	200-239	≥240	-----
C-LDL	<130	130-159	≥160	≥190
TG	<150	150-200	>200	>1000
C-HDL	>35	-----	<35	-----

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 030 SSA2 1999 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial define Hipertensión Arterial Sistémica, al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes > 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal > 125/75 mmHg.

La Norma Oficial Mexicana 174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, define índice de masa corporal al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado.

Capítulo III

Material y métodos

En este capítulo se presenta el tipo y diseño metodológico del proyecto de investigación, la población y muestra que se seleccionó, el tipo de muestreo, los instrumentos que se utilizaron, los procedimientos y métodos para la colecta de la información, las consideraciones éticas y de bioseguridad y el análisis de datos que se aplicó en la presente investigación.

Tipo de estudio

En relación con el enfoque es un proyecto cuantitativo porque usó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y comprobar teoría y en relación con el alcance este es un estudio exploratorio y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es descriptivo porque trata de especificar propiedades, características y rasgos importantes de bienestar espiritual, control metabólico y calidad de vida. El diseño es no experimental porque no se realiza manipulación de las variables sino que sólo se observan en su ambiente natural para posteriormente analizarlas (Hernández y colaboradores, 2014).

Diseño metodológico

Este protocolo de investigación se consideró prospectivo y transversal porque sólo se recolectaron los datos en un solo momento del 28 de agosto al 12 de septiembre de 2016 (Hernández y colaboradores, 2014).

Límites de espacio temporales

Tiempo: se realizó durante el mes de agosto de 2016. Lugar: se realizó el estudio en el centro de salud del Municipio de Téjaro, Michoacán.

Universo

La población de estudio fueron personas adultas con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 que asistieron a la Consulta Externa en el centro de salud del Municipio de Téjaro, Michoacán

Tamaño de Muestra. La muestra fue no probabilística (Hernández y colaboradores, 2014) a conveniencia y se seleccionaron de la Consulta Externa en el centro de salud del Municipio de Téjaro, Michoacán

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Fueron incluidas en el estudio personas entre 20 años y 70 años de edad, con diagnóstico médico de DT2, con por lo menos un año de diagnóstico de la enfermedad, que acudían a consulta externa y que aceptaron participar y firmen el consentimiento informado.

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

Se eliminaron del estudio los cuestionarios incompletos.

Variables

Variable independiente. Bienestar espiritual.

Variables dependientes. Control metabólico y calidad de vida relacionada a la salud.

Bienestar espiritual

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

Instrumentos

Bienestar espiritual

Para la variable independiente bienestar espiritual se aplicó el instrumento Escala de Bienestar Espiritual de Ellison y Paloutzian (Bufford y colaboradores, 1991) conformado por las subescalas Existencial y Religiosa, cada una de ellas con 10 ítems. Los puntos de corte establecidos por los autores consideran puntajes

bajos como bienestar espiritual negativo, consideran bienestar espiritual bajo de 20 a 40 puntos, bienestar espiritual moderado de 41 a 99 puntos y bienestar espiritual alto de 100 a 120 puntos para la escala general.

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

Para la escala existencial los autores señalan que se tiene una baja satisfacción con la vida y una falta de claridad en el propósito de vida al obtener 10 a 20 puntos, un moderado nivel de satisfacción y propósito en la vida cuando se obtienen de 21 a 49 puntos y un alto nivel en la satisfacción y propósito en la vida cuando se obtiene de 50 a 60 puntos (Bufford y colaboradores, 1991).

Se midió y se clasificó de la siguiente forma.

El participante contestó el instrumento, con apoyo del encuestador. El tiempo requerido es de 10-15 min.

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

Subescala / Categoría	Bienestar Existencial	Bienestar Religioso	Bienestar Espiritual
Bajo	10-20	10-20	20-40
Moderado	21-49	21-49	41-99
Alto	50-60	50-60	100-120

La Escala de Bienestar Espiritual fue elaborada por Ellison y 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 y colaboradores, 1991). La validez de contenido del instrumento fue buena, siendo un buen indicador general del bienestar y es especialmente sensible a la falta de bienestar. Las dos subescalas se correlacionan positivamente en el concepto positivo de sí mismo, sentido de propósito en la vida, salud física y ajuste emocional. Las subescalas del instrumento también presentan una correlación negativa con la mala salud, la inadaptación emocional y la falta de propósito en la vida (Bufford y colaboradores, 1991).

Control metabólico

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

Para esta investigación se considerarán las cifras con base en la normatividad.

Calidad de vida relacionada a la salud.

Para la variable dependiente CVRS se utilizó el instrumento específico Diabetes 39 (D39) elaborado en 1997 por Boyer y Earp el cual fue adaptado transculturalmente y validado al español hablado en México (Yucatàn). Abarca cinco dimensiones de la vida de la persona con diabetes: Energía / Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad / preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual exploradas con 39 ítems y utilizando una escala de tipo analógica visual de 7 puntos

donde 1 equivale a “No afectó para nada”, y 7, a “Afectó tremendamente”. Para cada pregunta la persona marcó con una “X” para indicar el nivel de concordancia con el ítem. El instrumento incluye dos ítems más: uno que mide la percepción que la persona diabética tiene de su CV como un todo y otro que mide la percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes. Utilizan una escala de Likert de 7 puntos donde 1 equivale a “La calidad más alta”, y 7, a “La más baja calidad”. Se considerará que a menor puntaje mejor calidad de vida y a mayor puntaje peor calidad de vida. Se clasificará la CVRS en tres categorías: bueno, regular y malo.

La CVRS se midió de la siguiente forma:

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

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

Procedimientos

Tras la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se solicitó autorización a los directivos del Centro de Salud del Municipio de Tégajo, Michoacán para su realización.

Para la selección de participantes se citó a las personas que acudían a la consulta externa que cumplían con los criterios de inclusión, también se realizó voceo para invitar a las personas de las comunidades cercanas para que acudieran al Centro de Salud de Tégajo. Una vez que acudían se les dio información del

objetivo del estudio y se les solicitó que participaran en él. Se les pidió que firmaran la hoja de consentimiento informado, después contestaron los cuestionarios y en este momento se tomaban las muestras de sangre capilar (Apéndice A).

Prueba piloto.

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

Análisis estadístico

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

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

Consideraciones éticas y legales

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

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

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

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

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

Resultados

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

Características sociodemográficas y antecedentes médicos

Tabla 1.

Localidades de Téjaro, Michoacán 2016.

Localidad	f	%
Téjaro	35	23.3
Cotzio	27	18.0
Cuparátaro	30	20.0
Noria	23	15.3
Jamaica	35	23.3
Total	150	100

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

La tabla 1 muestra que el 23.3% de los participantes son de la localidad de Téjaro.

Tabla 2.

Edad de los participantes, Tejaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	54.87	56	60	19	91

Nota: $n=150$

En la tabla 2 se observa que la media de los participantes fue de 54.87 años, con rangos de 19 a 91 años.

Tabla 3.

Género de los participantes, Tejaro, Michoacán 2016.

Género	f	%
Femenino	119	79.3
Masculino	31	20.7
Total	150	100

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

En la tabla 3 se observa que el 79.3% de los participantes fue de género femenino.

Tabla 4.

Escolaridad de los participantes, Tejaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Escolaridad	4.7	6	6	0	17

Nota: $n=150$

En la tabla 4 se observa que la media de escolaridad de los participantes fue de 4.12 años, con rangos de 0 a 15 años.

Tabla 5.

Estado civil de los participantes, Téjaro , Michoacán 2016.

Estado civil	f	%
Casado	117	78
Soltero	12	8.0
Viudo	13	8.7
Divorciado	4	2.7
Unión libre	4	2.7
Total	150	100

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

La tabla 5 muestra que el 78 % de los participantes presentaron estado civil casado.

Tabla 6.

Ocupación de los participantes, Tégajo, Michoacán 2016.

Ocupación	<i>f</i>	%
Hogar	116	77.3
Comercio	8	5.3
Jornalero	24	16.0
Profesional	2	16.0
Total	150	100

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

La tabla 6 muestra que el 77.3% de los participantes se dedican al hogar.

Tabla 7.

Con quién viven los participantes, Tégajo, Michoacán 2016.

Con quién vive	<i>f</i>	%
Esposo (a)	103	68.7
Hijos	26	17.3
Padre/madre	8	5.3
Solo (a)	11	7.3
Otro	2	1.3
Total	150	100

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

La tabla 7 muestra que el 68.7% de los participantes vive con su esposo (a).

Tabla 8.

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Tiempo de diagnóstico	5.85	3.00	3	1	35

Nota: $n=150$

En la tabla 8 se observa que la media del tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los participantes fue de 5.85 años, con rangos de 1 a 35 años.

Tabla 9.

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

Tratamiento para el control de la diabetes	f	%
Dieta	17	11.3
Pastillas	75	50
Insulina	6	4.0
Ejercicio	14	9.3
Control de peso	1	0.7
Ninguno	37	24.7
Total	150	100

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

La tabla 9 muestra que el 50% de los participantes utilizan pastillas (hipoglucemiantes orales) para el control de la diabetes.

Tabla 10.

Tratamiento farmacológico de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

Tratamiento farmacológico	f	%
Hipoglucemiante oral	133	88.7
Insulina	17	11.3
Total	150	100

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

En la tabla 10 se observa que el 88.7% de los participantes utilizan hipoglucemiante oral de tratamiento farmacológico.

Tabla 11.

Otra patología de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

Otra patología	f	%
Hipertensión arterial	5	3.3
IRC	2	1.3
Retinopatía diabética	76	50.7
Enfermedad del corazón	5	3.3
Ninguna	62	41.3
Total	150	100

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

La tabla 11 muestra que el 50.7% de los participantes padece retinopatía diabética.

Tabla 12.

Religión de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

Religión	f	%
Católico	131	87.3
Cristiano	11	7.3
Otra	8	5.3
Total	150	100

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

La tabla 12 muestra que el 87.3% de los participantes son católicos.

Tabla 13.

Somatometría de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Peso	69.07	68.00	80	34	122
Talla	12.11	1.58	1.60	1.38	1.76
IMC	28.05	27.36	35.56	18.44	49.59

Fuente. Cuestionarios

En la tabla 13 se observa que la media del peso de los participantes fue de 69.07 kg, con rangos de 34 a 122 kg. La media de la talla fue de 12.11 m, con rangos de 1.38 a 1.76 y la media del IMC fue de 28.05 con rangos de 18.44 a 49.59

Tabla 14.

Tensión arterial de los participantes, Téjaro , Michoacán 2016.

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Sistólica	145.47	141.00	130	88	203
Diastólica	93.37	92.00	90	58	150

Nota: $n=150$

En la tabla 14 se observa que la media de la tensión arterial sistólica de los participantes fue de 145.47 mm/Hg, con rangos de 88 a 203 mm/Hg, en tanto que en la presión arterial diastólica se encontró una media de 93.37 mm/Hg, con rangos de 58 a 150 mm/Hg.

Tabla 15.

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

Participación en grupos de apoyo	<i>f</i>	%
DiabetIMSS	1	.7
Grupos de apoyo mutuo (GAM)	1	.7
Ninguno	148	98.7
Total	150	100

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

La tabla 15 muestra que el 98.7% de los participantes no participan en ningún grupo de apoyo para la diabetes.

Tabla 16.

Salario de los participantes, Zinapécuaro, Michoacán 2016.

Salario	<i>f</i>	%
Menos de \$3,000	138	92.0
De \$3,000 a \$4,999	10	6.7
No sabe	1	.7
Total	150	100

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

La tabla 16 muestra que el 92.0% de los participantes tienen un salario menor de \$3,000.

Tabla 17.

Práctica de los participantes, Tégajo, Michoacán 2016.

Práctica espiritual		<i>f</i>	%
Rezar	Sí	82	54.7
	No	68	45.3
Hacer mandas	Sí	24	16.0
	No	126	84.0
Prender veladoras	Sí	35	23.3
	No	115	76.7
Ir a misa	Sí	88	58.7
	No	62	41.3
Otra	Sí	14	9.3
	No	135	.7

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

En la tabla 17 se observa que la mayoría de los participantes tienen como práctica espiritual ir a misa y rezar (58.7% 54.7%)

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

Tabla 18.

Prevalencia de bienestar espiritual, Téjaro, Michoacán 2016.

Bienestar espiritual	<i>f</i>	%
Bajo	4	2.7
Moderado	104	69.3
Alto	46	30.7

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

La tabla 18 muestra que el 69.3% de los participantes presento bienestar espiritual moderado para la escala total.

Tabla 19.

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

Dimensiones	<i>F</i>	%
Religioso		
Bajo	2	1.3
Moderado	76	50.7
Alto	72	48.0
Existencial		
Bajo	2	1.3
Moderado	106	70.7
Alto	42	28.0

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

En la tabla 19 se observa que el 50.7 los participantes obtuvo bienestar espiritual religioso moderado y el 70.7% presento bienestar espiritual existencial moderado.

Para identificar el bienestar espiritual por género, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, los resultados se pueden observar en las tablas 20, 21 y 22.

Tabla 20

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

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

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

Los resultados de la tabla 20 indican diferencia significativa por género en la variable bienestar espiritual (U=1807.5; $p=.028$).

Tabla 21

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

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

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

Los resultados de la tabla 20 indican diferencia significativa por género en la variable bienestar espiritual religioso (U=1743.00; $p=.003$).

Tabla 21

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

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

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

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

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

Tabla 22

Control metabólico de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016.

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

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

Tabla 23

Control metabólico de los participantes, Téjaro, Michoacán 2016

Control metabólico		<i>f</i>	%
Glucosa			
	En control	54	36
	Sin control	96	64
Colesterol			
	En control	78	52
	Sin control	72	48
Triglicéridos			
	En control	20	13.3
	Sin control	130	86.7

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

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

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

Se encontró que la dimensión más afectada fue energía/movilidad ($X=41.98$, $DE=12.619$), seguida de control de la diabetes ($X=33.22$, $Mdn=32$), y la menos afectada fue la dimensión funcionamiento sexual ($X=6.89$, $Mdn=7$) como se aprecia en la tabla 24.

Tabla 24

Calidad de vida de los participantes, T ejaro, Michoacán 2016.

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

Nota: X=Media, Mdn=Mediana, DE=Desviaci n est andar

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

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

Discusión

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

La media de edad de los participantes de este estudio (54.87) para la variable bienestar espiritual, fue similar a lo encontrado por Payán (2011), en tanto que fue diferente a lo reportado por Whetsell y colaboradores (2005), por consiguiente a lo reportado por Jasso (2014) fue mayor la media de edad de este estudio, mientras tanto que Rivas, Romero y Vásquez (2013), mostraron en su investigación una media de edad mayor a lo encontrado en este estudio. Para la variable control metabólico se destaca que la edad fue semejante a lo reportado por Álvarez, Avalos, Morales y Córdova (2014) por lo tanto lo reportado en otras investigaciones (Solano, Pace, García y Arreda, 2013; Ayala, Acosta y Zapata, 2013; Osuná y colaboradores, 2014) reportaron una media de edad mayor a la encontrada en este estudio. En el caso de la variable calidad de vida se observó que la media de edad de los participantes de este estudio fue menor a lo encontrado por (Urzúa, Chirino y Valladares, 2011; Molina y colaboradores 2013; López, Cifuentes y Sánchez 2013; Bautista y Zambrano 2015) en sus investigaciones.

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

Respecto al género en la variable bienestar espiritual en esta investigación la mayor prevalencia fue en género femenino, coincidiendo con Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) y Payán (2011); destacando que fue diferente a lo encontrado por Rivas, Romero y Vásquez (2013). La prevalencia de género femenino observado en este estudio para la variable control metabólico fue mayoría, similar a lo encontrado en otras investigaciones (Figuroa y Gamarra, 2013; Solano, Pace, García y Arreda 2013; Álvarez, Avalos, Morales y Córdova 2014; Martínez y colaboradores, 2014; Pincheira, Morgado, Alviña y Vega 2014), aunque diferente a lo reportado por Ayala y Zapata (2013), donde la mayor prevalencia fue el género masculino. En el caso de la variable calidad de vida se observó que la mayoría de los participantes de este estudio fueron de género femenino, similar a los resultados de Urzúa y colaboradores (2011), Molina y colaboradores (2013), López y colaboradores (2013), Bautista y Zambrano (2015).

En relación con la escolaridad, para la variable bienestar espiritual en este estudio, se obtuvo una media de 4.12 años de escolaridad que corresponde a primaria no finalizada, similar a lo encontrado por Rivas, Romero y Vásquez (2013) en donde la mayoría de los participantes estuvo en primaria incompleta. Respecto a la variable control metabólico se encontró que la media de escolaridad de los participantes de esta investigación fue semejante a lo reportado por (Álvarez, Avalos, Morales y Córdova 2014; Martínez y colaboradores 2014) donde el nivel de educación predominante de los participantes fue primaria. En el caso de la variable calidad de vida en esta investigación se encontró que la media de escolaridad de los participantes fue similar a lo encontrado por López y colaboradores (2013) en su investigación en la cual el nivel de educación sobresaliente de los participantes fue primaria incompleta y diferente a la media de edad reportada por Bautista y Zambrano (2015).

En relación al estado civil en esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes presentaron un estado civil casado (78%). En cuanto para la variable bienestar espiritual se destaca que el estado civil fue semejante a lo reportado en otras investigaciones ya que Payán y colaboradores (2011) y Whetsell,

Frederickson, Aguilera y Maya (2005), reportaron en su investigación una prevalencia de estado civil casado. En el caso de la variable control metabólico de esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes presentaron un estado civil casado lo cual fue similar a lo reportado por Figueroa y Gamarra (2013); Solano, Pace, Reza y Arreda (2013) y Martínez y colaboradores (2014). En cuanto a la variable calidad de vida de esta investigación se percibió una prevalencia de estado civil casado la cual fue similar a lo reportado por Molina y colaboradores (2013) y Bautista y Zambrano (2015).

En el que se refiere a la variable ocupación en esta investigación se destaca que la mayoría de los participantes se dedican al hogar (77.3%). En el caso de la variable control metabólico en esta investigación se encontró que la mayoría de los participantes se dedica al hogar, lo encontrado fue igual a lo reportado por Figueroa y Gamarra (2013) y Álvarez, Avalos, Morales y Córdova (2014) en su investigación en la cual la ocupación sobresaliente de los participantes fue que se dedican al hogar.

Respecto a la tensión arterial sistólica (21.3%) y diastólica (38.7%) en esta investigación se encontró un porcentaje más alto en hipertensión grado 1.

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

Respecto al control metabólico, la mayoría de participantes se encontró fuera de las metas de control metabólico considerando el registro de cifras en glucosa, colesterol y triglicéridos, coincidiendo con otros reportes (ENSANUT, 2012), situación que debe ser considerada por enfermería debido a que el descontrol

glucémico se asocia a mayores complicaciones micro y macrovasculares (ADA, 2016).

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

Es así que los resultados respecto a bienestar espiritual muestran que las personas con diabetes se encuentran con bienestar en las dimensiones religiosa y existencial, que implica que la persona mantiene un propósito en la vida a pesar de su enfermedad que le permite mantener fe en sí misma y en un Ser Superior que da sentido de un estado general de salud espiritual (Paloutzian, 2002; Paloutzian y Park, 2005).

Sin embargo, la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida se encontró en la dimensión religiosa y control de la diabetes, que puede ser explicada por la potencialización del espacio institucional de lo sagrado/divino de la religión dado por un Ser Superior (Rivera y Montero, 2005) que le permite a la persona no sólo compartir la aceptación de la enfermedad sino trascender en su relación con el Dios a quien se entrega totalmente (Paloutzian, 2002; Paloutzian y Park, 2005) para compartir la carga del padecimiento.

Conclusiones

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

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

De igual manera, existe afectación en la dimensión calidad de vida de la personas aunado a que los participantes manejan una alimentación inadecuada debido a su nivel socioeconómico, ya que esto les impide adquirir el tratamiento médico indicado para su diabetes. Otra dimensión afectada fue energía/movilidad debido a que los que los participantes refirieron dolor en las articulaciones y cansancio al momento de realizar actividad física, esto respecto al peso o la edad en algunos participantes que les impide la realización de actividad física.

Otra dimensión afectada fue control de la diabetes ya que la mayoría de los participantes no llevan una dieta ni un estilo de vida adecuado para obtener un buen control de la glucosa. Los pacientes refirieron que a veces existe la motivación e intención de parte de ellos de llevar una dieta o un buen estilo de vida, pero la situación económica no da para más y se adaptan a lo poco o mucho que se tenga en el momento.

Sugerencias

Se sugiere que los pasantes de enfermería durante su servicio social dediquen tiempo a las personas con diabetes para trabajar con ellas, buscando que mantengan una alimentación adecuada y que realicen actividad física continuamente para evitar las complicaciones de la diabetes y mejorar su estado de salud.

Se sugiere también se creen grupos de apoyo mutuo para los pacientes de acuerdo a la normatividad de la Secretaría de Salud de Michoacán, porque se ha observado que tiene un impacto positivo en las personas.

Por otro lado también se sugiere que se realicen visitas domiciliarias mensualmente a las pacientes y valorar su estado de salud, así como su mejoría y su bienestar.

También se sugiere que tanto los pasantes de enfermería así como el personal de enfermería realicen carteles informativos de temas de gran importancia para los pacientes por mencionar algunos como: pie diabético, insuficiencia renal, el plato del buen comer, importancia de la actividad física, entre otros; así como la realización de algunas maquetas educativas e informativas para un mejor entendimiento para los pacientes sobre las complicaciones de la diabetes esto con el objetivo de educar e informar al paciente a cuidarse y mantener un buen estado de salud.

Aunado a lo anterior también se recomienda que el pasante de enfermería ponga sus conocimientos de primer nivel en práctica llevando a cabo las medidas preventivas de las enfermedades crónico degenerativas.

Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. (2015). *Diabetes Care*, 35 (Supl. 1), 511-563.
- 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.
- Ayala, Y., Acosta, M., Y Zapata, L. (2013). Control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Social de Perú Medica Interna*. vol 26 (2). 68-70.
- Bautista, L., Y Zambrano, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Investigación en Enfermería Imagen Desarr.* 17(1).131-148.
- Bufford R, Paloutzian R, Ellison C. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*. 1991; 19 (1):56-70
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Resultados nacionales 2012
- Ellison, C.W., "Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement". *Journal of Psychology and Theology* 1983; vol.11:330.
- Federación Internacional de Diabetes. (2013). *Atlas de la Diabetes Atlas, 6ª edición*.
- Hernández, C., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- International Diabetes Federation [internet]. Bruselas: Diabetes Voice IDF [actualizado 2011; consultado 7 mar 2012].

- Jasso, M., Pozos, M., Olivera, S., y Cadena, j. (2014). Análisis del bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 22, (3), 98-105.
- López, L., Cifuentes, M., y Sánchez, A. (2013) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali. *Ciencia y Salud*, 2(8),
- López, J. M., Rodríguez, R., (2006) Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48 (3), 200-208.
- Molina, A., Acevedo, O., Yañez, M., Davila, R., Y González, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista Española Medico Quirúrgica*. 18, (1), 13-18.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Diabetes.
- Paloutzian, R.F., Park, C.L. (2005). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. New York: The Guilford Press.
- Payan, E. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta colombiana de psicología*. 14, (2), 79-89
- Pérez, D., Franco, L., y dos Santos, M. (2008). Los sentimientos de las mujeres después del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16, 1.
- Programa de Acción Específico. (2013) Prevención y Control de la Diabetes Mellitus.
- Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basada en la Evidencia 2013*.

- Rivas, A., Romero, A., Vásquez. M., Y Canova. C. (2013). Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Martha, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*. 10, (1), 17-26
- 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. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención y control de la hipertensión arterial.
- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
- Secretaría de Salud de México. (2012). Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo dos en adultos en el primer nivel de atención*.
- Secretaria de Salud de Michoacán. (2012). Diagnóstico de Salud 2012. Recuperado de:
- Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Actualizada 2011.
- Sloan RP, Bagiella E, Powell T. (1999). Religion, spirituality and medicine. *Lancet*, 353:664-667.

- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., Pino, V. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Ter Psicol*, 29(1), 135-140.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365.
- Urzúa, A., Chirino, A., y Valladares, G. (2011). Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chile* 139 (3), 313-320.
- Úrzua, A., Caqueo, A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Urdaneta, J., Leal, T., Rangel, K, Cepeda, N., Contreras, A., Baabel, N, et al. (2012). Comparación de la calidad de vida entre pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo 2. *Med. Internat (Caracas)*, 28(1), 57-65.
- Yam, A.V., Candila, J., y Gómez, P.I.S. 2010. Calidad de vida: adaptación de un instrumento para diabéticos. *Desarrollo Cientif Enferm*, 18:2:75-80
- .

Anexos

A Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD ENFERMERÍA



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

Explicación del proyecto. Éste es un proyecto de investigación que realizará el pasante de la Licenciatura en Enfermería Favian Martínez Ménero 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) tienen bienestar espiritual.

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.
- Para saber cómo está su azúcar, colesterol y triglicéridos le daremos un piquete en su dedo con una lanceta y le daremos a conocer el resultado. Este procedimiento tiene un riesgo mínimo para usted y es el mismo que le hacen cada vez que acude a sus citas de control y será realizado por una pasante de enfermería con experiencia en la técnica.

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

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

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 Favian Martínez Ménero responsable del estudio a los siguientes teléfonos: 44 32 05 25 35 o al correo electrónico: favianmn@hotmail.com

Su participación es voluntaria y trascendental para el logro de los objetivos planteados. En caso de aceptar deberá de considerar las siguientes instrucciones.

Este procedimiento tiene un riesgo mínimo para usted y es el mismo que le hacen cada vez que acude a sus citas de control y será realizado por un Pasante de Enfermería con experiencia en la técnica.

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

B Instrumentos

Hoja de colecta de datos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD ENFERMERÍA



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

Folio _____
—

Fecha ____ ____ ____
Día Mes Año

Unidad de salud Localidad , Zinapécuaro.

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

Parte I Control metabólico

Glucosa _____ Colesterol _____ Triglicéridos _____

Peso _____ Talla _____ IMC _____ PAS _____
 PAD _____

Parte II

Datos sociodemográficos 1

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

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

Parte III Bienestar espiritual

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

CA = Completamente de acuerdo

D = En desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo

MD = Moderadamente en desacuerdo

A = De acuerdo








CD = Completamente en desacuerdo

No.	Preguntas	CA	MA	A	D	MD	CD
-----	-----------	----	----	---	---	----	----

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

Parte IV Calidad de vida relacionada a la salud

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

	Este último mes, ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida?	 1 No afectó para nada	 2 Casi nada	 3 Un poco	 4 Regular	 5 Mucho	 6 Demasiado	 7 Afectó tremendamente
1	El horario de tu medicina para la diabetes							
2	Preocupación sobre tu situación económica							
3	Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes							
4	Restricciones en la comida para el control de tu diabetes							
5	Preocupación por tu futuro							
6	Otros problemas de salud además de la diabetes							
7	Estrés o presiones en tu vida							
8	Sentirte débil							
9	Restricciones para caminar mucho							
10	Tener que hacer ejercicio							
11	Pérdida de la vista o visión borrosa							
12	No poder hacer lo que quieres							
13	Tener diabetes							
14	Aumento o disminución de tu azúcar							

1 5	Otras molestias además de la diabetes							
1 6	Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar							
1 7	El tiempo requerido para controlar tu diabetes							
1 8	Las limitaciones que la diabetes te impone con tu familia y amigos							
1 9	Estar avergonzado debido a tu diabetes							
2 0	La interferencia de la diabetes en tu vida sexual							
2 1	Sentirse triste o deprimido							
2 2	Problemas con tu funcionamiento sexual							
2 3	Tener tu diabetes bien controlada							
2 4	Complicaciones derivadas de tu diabetes							
2 5	Hacer cosas que tus familiares o amigos no hacen							
2 6	Llevar un registro de tus niveles de azúcar							
2 7	La necesidad de comer a cada rato							
2 8	No poder hacer las labores domésticas y el trabajo que requiere la casa							
2 9	Disminución en el interés sexual							
3 0	Ajustar tu horario a la diabetes							

3 1	Necesidad de descansar frecuentemente							
3 2	Problemas físicos tales como subir escaleras							
3 3	Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse, ir al baño)							
3 4	Dormir sin descansar							
3 5	Caminar más despacio que los demás							
3 6	Estar etiquetado como diabético							
3 7	Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar							
3 8	Diabetes en general							
3 9	Este último mes, ¿cuánto ha afectado a tu calidad de vida?							