



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LAS PERSONAS DIABÉTICAS, QUE
ASISTEN AL SERVICIO DE DIABETES DEL HOSPITAL “DR.
VICTORINO SANTAELLA RUIZ”. LOS TEQUES, ESTADO MIRANDA. II
SEMESTRE DEL AÑO 2011**

(Trabajo Presentado Como Requisito Parcial Para Optar Al Título De Licenciado
En Enfermería)

AUTORAS

Yessenia Chacón C.I 17.978.745

Claret Nieves C.I 17.583.418

TUTOR ACADÉMICO:

Prof. Alirio Aguilera

Caracas, febrero de 2012

**CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LAS PERSONAS DIABÉTICAS,
QUE ASISTEN AL SERVICIO DE DIABETES DEL HOSPITAL “DR.
VICTORINO SANTAELLA RUIZ”. LOS TEQUES, ESTADO MIRANDA. II
SEMESTRE DEL AÑO 2011**

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, en quien confié y entregue mis sueños, anhelos, metas y cargas esperando en su voluntad, a Él, quien no faltó y mantuvo siempre su mano extendida a mi favor y me llevo a alcanzar esta meta.

A mi Padre, Alberto Nieves, persona especial al momento de escoger este tema, y en quien sentí apoyo en todo momento y quien facilitó y expuso todos sus conocimientos y experiencias hasta ver cumplido el objetivo, Para ti padre, por que se que aún nos faltan metas que alcanzar en este largo camino.

A ustedes, este trabajo.

CLARET NIEVES

DEDICATORIA

A Dios

A ti gran padre celestial por darme la vida, salud, sabiduría y entendimiento necesario, por guiar mis pasos y permitirme realizar mis sueños de estudiar y cumplir una de mis metas trazadas, para así poder ayudar a los que más me necesiten, por enseñarme lo hermosa de la vida y estar allí cada día en el momento indicado.

A Mis Padres

Grisquelys Figueroa y Willian Chacón por haberme dado la vida y ser ejemplo de ella, por sus cuidados, apoyo y comprensión, por enseñarme la importancia del estudio y la superación, por llenarme de amor y hacerme saber que soy importante en este mundo, por estar conmigo en todo momento, por ser también amigos además de padres y ser mi mejor ejemplo en cuanto a actitudes y comportamiento, los quiero con todo mi corazón, gracias por ser tan especiales.

A Rosalba Chacón, Abuela querida Siempre me apoyaste, Me ofreciste tu mano amiga y tu leal consejo, Con especial orgullo te dedico mi tesis, Pues fuiste tú quien lo logro conmigo ¡Siempre estuviste allí!

A Justo Figueroa

Aunque no estés a mi lado, porque Dios te llevo al suyo, todo lo que soy y lo que logré es gracias a ti. Fuiste mi inspiración, gracias a ti encontré mi vocación, Me inculcaste los valores que rigen mi vida, Te dedico mi tesis así como te dedicó mi carrera, pues gracias a ti me forme profesional, Así que, aunque no estés a mi lado; siempre sabré que soy tu orgullo, Como tú eres mi inspiración.

YESSSENIA CHACÓN

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a mi Dios, quien conoce cada uno de mis anhelos y sueños mucho antes de que estos llegaran a mi mente y se afianzaran en mi corazón, quien me dio la fuerza necesaria para superar cada alto y bajo de este recorrer y a quien debo la dicha de presentar con orgullo tan importante investigación.

A la universidad central de Venezuela, casa de estudio y base fundamental para el desarrollo de mis conocimientos y prácticas.

A todos y cada uno de mis profesores, quienes esforzadamente compartieron sus conocimientos y dedicaron gran parte de su tiempo para que hoy lo mejor de su formación estuviera reflejado en mi vida profesional.

A mi tutor y amigo de tesis, Prof. Alirio Aguilera, quien de manera responsable dedico su valioso tiempo al estudio e investigación de nuestro trabajo de manera consecuente y metodológica hasta lograr alcanzar los conocimientos necesarios y los objetivos trazados.

Gracias!

CLARET NIEVES

AGRADECIMIENTOS

Luego de años de trabajo, de meses de dedicación, días interminables en la lucha por la superación personal; puedo decir que hoy finalizando mi tesis, una de mis metas, y debo brindar mi más cordial agradecimiento:

A Dios, que escucho siempre mis oraciones y me inspiro para lograr abrir mi mente y afianzar en mi conocimiento basándome en su palabra: “Yo puedo, Yo soy y Yo seré.

A mis padres, que siempre me tendieron la mano en mi largo camino de mi educación apoyándome sin reservas y ocupándose de hacer de mí una persona de bien, educada, responsable y perseverante,

A mi abuela, quien siempre me apoyo y tuvo la fé y la confianza en mí, quien me ayudo a enfrentar los contra tiempos, siempre estuvo conmigo, en cada momento, y recordándose siempre que tenia lo necesario para triunfar en la vida.

A mi novio, quien siempre estuvo ayudándome y apoyándome en los momentos más duros durante toda esta trayectoria, por haberme aportado sus conocimientos y sabios consejos que fueron un aporte muy importante... Gracias por estar ahí.

A mis facilitadores universitarios, quienes, tras horas de paciencia y constancia inculcaron en mi, valores, principios, enseñanza, me formaron como profesional y como mejor ser humano.

Para finalizar reitero mis infinitas gracias a mi familia y amigos que siempre me tendió la mano en las rutas de mi aprendizaje.

YESSENIA CHACÓN

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE GRAFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del Problema.....	9
Objetivo de la investigación.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivo Especifico.....	10
Justificación.....	10
CAPILUTO II	
MARCO TEORICO.....	14
Antecedentes de la investigación.....	14
Bases teóricas.....	19
Bases legales.....	57

Sistemas de variables.....	62
Operacionalización de variable.....	63
Definición de términos.....	64

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO.....	67
Tipo de investigación.....	67
Diseño de la investigación.....	68
Población.....	69
Muestra.....	69
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	70
Validación.....	71
Confiabilidad.....	72
Procedimientos de recolección de información.....	72
Técnica para el análisis de datos.....	73

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	74
Presentación y análisis de los resultados	75

CAPITULO V

Conclusiones.....	106
Recomendaciones.....	107

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	109
REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....	113
ANEXOS.....	114

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1 Clasificación del pie diabético.....	25
Cuadro No. 2 Signos y Síntomas del pie diabético.....	26
Cuadro No. 3 Operacionalización de variables.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre las edades.....	77
Tabla No. 2 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el sexo-Información sobre el sexo.....	78
Tabla No. 3 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el estado civil.....	79
Tabla No. 4 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el Nivel Académico.....	80
Tabla No. 5 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre la ocupación.....	81
Tabla No. 6 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre los hijos.....	82
Tabla No. 7 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre relación entre peso y talla (masa corporal).....	83
Tabla No. 8 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tensión Arterial.....	84
Tabla No. 9 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Niveles de Glicemia.....	85
Tabla No. 10 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tiempo de Diagnóstico.....	86
Tabla No. 11 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tipo de diabetes.....	87
Tabla No. 12 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el Tiempo de última consulta.....	88

Tabla No. 13 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre la existencia de complicaciones.....	89
Tabla No. 14 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre las complicaciones más frecuentes en pacientes diabético.....	90
Tabla No. 15 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información que maneja el paciente sobre su enfermedad.....	92
Tabla No. 16 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a los hábitos alimenticios que lleva el paciente diabético para mantener el equilibrio físico.....	95
Tabla No. 17 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción para realizar sus actividades cotidianas.....	98
Tabla No. 18 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción emocional referente a su condición de salud.....	101
Tabla No. 19 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción para mantener relaciones amorosas con los demás.....	104

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica No. 1 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre las edades.....	77
Gráfica No. 2 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el sexo.....	78
Gráfica No. 3 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el estado civil.....	79
Gráfica No. 4 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el Nivel Académico.....	80
Gráfica No. 5 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre la ocupación.....	81
Gráfica No. 6 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre los hijos.....	82
Gráfica No. 7 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre relación entre peso y talla (masa corporal).....	83
Gráfica No. 8 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tensión Arterial.....	84
Gráfica No. 9 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Niveles de Glicemia.....	85
Gráfica No. 10 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tiempo de Diagnóstico.....	86
Gráfica No. 11 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tipo de diabetes.....	87
Gráfica No. 12 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el Tiempo de última consulta.....	88

Gráfica No. 13 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre la existencia de complicaciones.....	89
Gráfica No. 14 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre las complicaciones más frecuentes en pacientes diabético	90
Gráfica No. 15 Distribución del porcentaje respecto a la información que maneja el paciente sobre su enfermedad.....	93
Gráfica No. 16 Distribución del porcentaje respecto a los hábitos alimenticios que lleva el paciente diabético para mantener el equilibrio físico.....	96
Gráfica No. 17 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción para realizar sus actividades cotidianas.....	99
Gráfica No. 18 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción emocional referente a su condición de salud.....	102
Gráfica No. 19 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción para mantener relaciones amorosas con los demás.....	105



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CALIDAD DE VIDA QUE TIENEN LAS PERSONAS DIABÉTICAS, QUE ASISTEN AL SERVICIO DE DIABETES DEL HOSPITAL “DR. VICTORINO SANTAELLA RUIZ”. LOS TEQUES, ESTADO MIRANDA. II SEMESTRE DEL AÑO 2011

Autoras: Yessenia Chacón
Claret Nieves

Tutor académico: Alirio Aguilera

Fecha: noviembre de 2011

Resumen

La Diabetes Mellitus (DM) se considera una de las enfermedades más importantes del siglo XXI. Por tratarse de una enfermedad prevalente, la DM es responsable de elevados índices de morbilidad y mortalidad y de un alto costo económico y que ha producido un decenso en la calidad de vida de los que la padecen, el propósito fundamental de este estudio es describir la calidad de vida que tienen las personas diabéticas que asisten al servicio de diabetes del Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz. El estudio es una investigación descriptiva de campo y de corte transversal, la población está conformada por 2004 pacientes aproximadamente de acuerdo a las últimas estadísticas trimestrales tomando en cuenta una muestra representativa del 10% que equivale a 200 personas; para la recolección de datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario que consta de 32 preguntas de selección las cuales fueron llevadas a cabo mediante 5 escalas, al mismo se le realiza la validación a través de 4 expertos. Los datos obtenidos fueron analizados en forma cualitativa y cuantitativa, la información recolectada fue vaciada en tablas de doble entrada en donde se muestran las tendencias y frecuencias porcentuales de las respuestas a los ítems; los resultados obtenidos fueron los siguientes: la población en general posee muy poco conocimiento sobre la diabetes mellitus, consecuencias, tratamientos y medidas preventivas que se aplican para evitar complicaciones.

Descriptor: Calidad De Vida, Percepción, Diabetes

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento pretende abordar la temática de calidad de vida poniendo énfasis en el carácter subjetivo del concepto, es decir, la importancia de las diferencias personales que se encuentran influidas directamente por la cultura, la historia, la temporalidad y la tradición.

Es importante resaltar que, a lo largo de la historia distintos grupos de pensadores han tenido sus discursos y estudios, la inquietud de saber y explicar la calidad de vida ya que el ser humano es un ser social en entorno de sus dimensiones físicas, mental, espiritual y emocional. Analizar la calidad de vida de una sociedad significa conocer las experiencias subjetivas de los individuos que la integran, exige en consecuencia, conocer cómo viven, sus condiciones objetivas de existencia, y sus expectativas de vida.

En este sentido, para Enfermería, la Educación para la salud, es una herramienta de fundamental importancia, esto en función de que se requiere ejercer esta actividad en todo momento como estrategia para la prevención de los problemas de salud o minimizar los efectos de aquellos que son de carácter crónico tal es el caso de la diabetes mellitas, que no sólo consiste en la elevación de glucosa sino que es un síndrome complejo que debe enfocarse desde un punto de vista integral debido a las repercusiones agudas y crónicas que frecuentemente sufren los sujetos que la padecen.

Así mismo, es preciso una educación sanitaria con metodología pedagógica que capacite al paciente diabético, para llevar un autocontrol correcto y compatible con una buena calidad de vida. El proceso educativo debe conseguir mejoras sanitarias y sociales definidas por objetivos como lograr un buen control de la enfermedad a corto y largo plazo, prevenir las complicaciones agudas, disminuir la incidencia de las

complicaciones crónicas, mejorar la calidad de vida con un mejor bienestar físico y psíquico, mejorar la integración social e incidir en la Salud Pública. De este grupo de pacientes.

Por tal motivo el propósito de esta investigación es describir la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. I semestre del año 2011

La investigación consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema: planteamiento del problema, objetivo general, objetivo específico y la justificación.

Capítulo II: Marco teórico: Los antecedentes de la investigación, bases teórica, sistema de variables, operacionalización de variable y definición de términos.

Capítulo III: Marco metodológico: tipo de investigación, diseño de la investigación, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, y técnicas para el análisis de los datos.

Capítulo IV: Análisis de resultados: describe de manera objetiva el análisis y presentación de los resultados, y en el cual se detallan ordenamientos de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento en tablas organizadas.

Capítulo V Correspondiente a las conclusiones y recomendaciones.

Y finalmente se anexan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La Diabetes Mellitus (DM) es considerada una de las enfermedades más importantes del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (2005) “se estima que hasta el 2010, el número de portadores de diabetes en todo el mundo llegará a 221 millones de personas, lo que representará un crecimiento del 46% en relación al año 2000” (p.18); solamente en la región de las Américas, se calcula que existen 35 millones de portadores de DM, de los cuales hay 19 millones en América Latina y el Caribe. Por tratarse de una enfermedad prevalente, la DM es responsable de elevados índices de morbilidad y mortalidad y de un alto costo económico relacionado, en mayor parte, con las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Es por ello, que la DM tipo 1 y tipo 2 tienen un profundo impacto sobre la calidad de vida de las personas, constituyendo un problema de salud pública que requiere la atención continua de un equipo multiprofesional capacitado e interesado en ese asunto, que tiene gran importancia para la persona y de cómo ésta percibe a sí misma, en atención a esto, Volkening y Laffel (2006) indican que “La calidad de vida (CV) es un concepto teórico importante para valorar el impacto de la diabetes en múltiples aspectos (por ejemplo: físico, psicológico y social) de la vida de una persona.” (p.11)

Sin embargo debe tenerse en cuenta que si bien es importante contar con la ayuda del equipo de salud y en especial con enfermería, también lo es tener el respaldo de la propia persona con DM, esto debido, a que para ofrecer un cuidado adecuado y satisfacer sus necesidades, es indispensable que se exprese y comunique su sentir, así

pues, que resulta importante que se conozca su percepción sobre sí mismos y su estado de salud, sus creencias y emociones en relación a su enfermedad, en definitiva como se perciben, como se sienten, como es su calidad de vida desde su perspectiva personal.

Actualmente en el área de la salud, se vuelve cada vez más importante la preservación de la calidad de vida de los pacientes por medio de la prevención o tratamiento de las enfermedades. La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye una diversidad de factores, entre los cuales: el estilo de vida, el ambiente, satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, y servicios de salud que influyen en el desarrollo humano de una comunidad; definir por ello calidad de vida, sin embargo, es una tarea difícil y aún no concluida en el medio científico.

Dentro de este marco, la OMS (2005), asevera que la calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones” (p.4). Se puede decir que la calidad de vida representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de ‘sentirse bien’. Por ejemplo, dos personas en el mismo estado de salud pueden tener percepciones diferentes sobre su calidad de vida, lo que dificulta extrapolaciones de un paciente a otro.

Por otra parte, Oviedo (2004) señala: “la percepción es un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo al percibirlo” (p.89). En el contexto de esta investigación, la percepción está referida a como conciben las personas diabéticas el tratamiento, los aspectos sociales, así como los efectos futuros de la diabetes.

Cuando el profesional de enfermería cuenta con esta valiosa información relacionada con la calidad de vida de la persona diabética, tiene a su disposición una herramienta invaluable en la que puede cimentar sus acciones de salud, puesto que no es una suposición, sino una certeza de cómo es el mundo de las personas desde la posición de vida que estos adoptan, de manera tal, que todo aquello que se planifique o ejecute estará guiado por la directriz que él mismo ha dictado, esto mantiene ventajas adicionales como el hecho de tener mayor identificación y disposición a recibir las acciones implementadas con el propósito de ayudar a las personas a adaptarse a la nueva condición de salud que conlleva toda una serie de modificaciones a la forma de vivir.

Ahora bien, Guzmán y Silva (2006) refieren que "Para la persona con diabetes, la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control, como la alimentación y el ejercicio" (pág. 38). Estos aspectos que se describen, son de fundamental importancia para el personal de salud a objeto de organizar una propuesta de acción para quienes se ven afectados por esta patología desde un enfoque integral respetando su idiosincrasia y su entorno.

Lo anteriormente descrito propone, que el profesional de enfermería debería tener un acercamiento a la comunidad y a las personas, puesto que alcanzar este nivel de comprensión sobre los demás requiere de un trabajo decidido y humano hacia los que lo necesitan, en otras palabras, las enfermeras y enfermeros deben estar capacitados para realizar inicialmente una exploración de las personas y sus problemas desde una postura integral abarcando la esfera humana, física, psicológica, emocional, social, y espiritual.

Indudablemente, para acceder a lo que se considera "calidad de vida", se debe tener presente que los otros tienen un sistema o conjunto organizado de vida que

incluye sus creencias, valores, formación, cultura en general, y que se debe respetar a la hora de ofrecer ayuda, lo cual posiciona en un punto en el que se obtiene una sólida visión de lo que realmente constituye un problema de salud para los demás, y que permite un nivel de cooperación mayor, puesto que tendrá así un adecuado nivel de aceptación y garantiza que las personas sigan las indicaciones ofrecidas.

Este elemento, la formación cultural y patrón de vida en general, es de primordial importancia, ya que de la acción de enfermería dependerá como se lleva a cabo esta relación comunidad y enfermería, a tal efecto Guzmán y Silva (2006) comentan que:

Si bien es cierto que en la génesis de la Diabetes participan un sinnúmero de factores como la herencia, la alimentación, el estilo de vida, las condiciones del lugar en el que se habita, la ocupación, entre otros, los profesionales de la salud estamos ante uno de los más grandes retos de la actualidad: incluimos en el trabajo de identificar los principales factores biopsicosociales sobre el estado de enfermar de diabetes; y lo que es aún más relevante desde el punto de vista de la prevención, cómo evitarla. (pág. 36)

Lo anteriormente descrito, destaca el papel de la enfermería dentro del ámbito de la salud, pero lo que resalta más aun, es el propio papel de las personas y en el caso que nos ocupa, la percepción que ellos tienen de su situación y los cambios que se han presentado en su vida a raíz de la aparición de la enfermedad, sea que esta tenga ya varios años de evolución como de que sea de reciente data; se trata pues de un modo de vida.

Dentro de este contexto, en el Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda, se observa que las personas diabéticas, durante la entrevista de enfermería, manifiestan preocupación por el tiempo que deben dedicar para realizarse los chequeos médicos, se sienten restringidos (refieren malestar por los ajustes que deben hacer en su vida diaria como, alimentación, deportes y actividades

sociales) por el tipo de dieta que deben cumplir, refieren que se sienten limitados para continuar con las actividades de la vida cotidiana, como compartir con familiares y amigos en eventos sociales, y continuar con sus actividades laborales.

Igualmente, en el transcurso de las sesiones educativas que se llevan a cabo en esta institución se ha podido corroborar las expresiones relacionadas con su vida cotidiana, en donde indican la disminución de muchas de las actividades que realizaban anteriormente tomando en cuenta que lo hacen para mantener su estado de salud y evitar que los signos y síntomas de diabetes se agudicen por todo ello se podría decir que las personas diabéticas que asisten a este servicio , pudieran estar experimentando situaciones donde perciben la diabetes como un limitante de su calidad de vida en términos de bienestar psicológico y social.

Esto debería ser un aspecto que el personal del hospital y en especial enfermería deben tomar en cuenta a la hora de planificar las acciones de salud a ser utilizadas en este problema, y está referido a tratar de aclarar lo que realmente es la diabetes y lo que implica para la calidad de vida, que se puede lograr tratando de establecer el nivel de adaptación que cada uno puede alcanzar e integrar esta nueva condición de salud a su vida.

En este mismo sentido, los pacientes manifiestan una necesidad de comprensión de su problemática y de lo que ellos consideran importante o prioritario, paralelo a esto se aprecia en las personas que al presentarse la enfermedad han dejado de hacer muchas de las actividades que anteriormente realizaban, esto a causa de considerar que “la diabetes se descompensara si tienen mucha actividad”. Estas apreciaciones que llegan a formar parte del diario vivir de los diabéticos, se convierten en principios basados más en el temor que establecen barreras a la expresión plena del mayor bien en sus vidas, y sobre estos aspectos en los que se debe trabajar para restablecer un equilibrio que los capacite para instaurar un adecuado nivel de calidad de vida.

En función, de aportar ayuda significativa a las personas, este trabajo de investigación va a estar centrado en conocer la información de las comunidades y los individuos y cómo percibe su calidad de vida, la persona con diabetes mellitus, considerando las evidencias que se han obtenido de la observación preliminar en Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda

En atención a la problemática expuesta, se desarrolla la presente investigación que se orienta a la descripción o percepción de las personas diabéticas sobre su calidad de vida, sobre la manera como se ven a sí mismos y como conducen su vida con la condición de persona diabética y las estrategias que enfermería puede con proveer a la hora de planificar o ejecutar las acciones de salud. Lo antes planteado, permite a las autoras formularse las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la información que poseen las personas diabéticas sobre su patología?
- ¿Cuál es la percepción de las personas diabéticas sobre su estado de bienestar físico, psicoemocional y social?
- ¿Cuál es el apoyo que reciben las personas diabéticas de parte de sus familiares y entorno inmediato?

Las cuales darán respuesta a lo que se desea investigar:

¿Cuál es la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. II semestre del año 2011?

Objetivo General

Describir la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. II semestre del año 2011

Objetivos Específicos

1- Identificar el nivel de información que poseen las personas diabéticas sobre su bienestar físico.

2- Describir los recursos de las personas diabéticas sobre su estado de bienestar, psicoemocional.

3- Identificar el apoyo que reciben las personas diabéticas en su dimensión social.

Justificación

La enfermería tiene una función primordial en los cuidados de las personas y las familias, esta función pasa por ser una tendencia generalizada a promover la independencia de las personas y su calidad de vida, y esto es fundamental en las enfermedades crónicas como la diabetes, ya que se trata de procesos de larga duración y que va creando diversas limitaciones; esto es evidente en las personas diabéticas, y por ello, las acciones de enfermería se basan tanto en lo asistencial, educativo y en aspecto afectivo y de contacto directo que se desarrolla en la relación interpersonal.

En efecto, la actuación de enfermería, tiene sus objetivos centrados en fomentar la calidad de vida y de esta manera tomar las medidas pertinentes, según los casos estudiados, para prevenir las complicaciones. Por lo tanto, asume su responsabilidad profesional y acepta los cambios que la dinámica de las comunidades, genera y exige, para recibir un servicio eficiente, sumando aspectos positivos a su calidad de vida; en tal sentido se busca abordar este tema bajo la óptica de quien vive la situación más que de quien la investiga.

Las complicaciones de la diabetes, se pueden disminuir si se cultiva un estilo de vida sano, caracterizado por actividades saludables y un adecuado manejo del estrés y entre otras pautas considerar todo aquello que fomente la calidad de vida. En la prevalencia de enfermedades crónicas, el objetivo tradicional de atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en salud (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida, por ello es importante un abordaje más integral en la evaluación del paciente, capacitación del personal de salud y el monitoreo de todo el proceso.

Proyectar el cuidado implica para enfermería el compromiso de asumir la salud como un activo social y humano, como un bien deseable y no solo como la ausencia de la enfermedad o como control de factores de riesgos, la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2005) define la salud como: “el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad”. (pág. 2). Esto exige reformular la importancia esencial del cuidado en torno a la calidad de vida y bienestar, y por tanto, entender que es, con relación a la vida y la salud, como se construye y se realiza el cuidado.

Vale la pena señalar, que el mejor método control en la DM, es la influencia en actitud que el paciente asume hacia su cuidado. En este sentido se justifica el

desarrollo del estudio ya que se busca corroborar desde un orden de comportamiento, lo que el paciente hasta el momento haya tenido, la comprensión requerida para mejorar su estilo de vida favorecedor a su bienestar.

Desde el punto de vista social, la investigación aportará las herramientas necesarias a las personas diabéticas que asisten a su control en el Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. I semestre del año 2011 en el sentido de disminuir sus temores y dudas sobre el pronóstico de su enfermedad, lo que se traducirá en el mantenimiento de su equilibrio biopsicosocial, así mismo, se debe destacar que en la medida que el usuario diabético cambie su estilo de vida, beneficiará a la comunidad porque estará apto para estar inmerso en el sistema productivo.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación puede servir a futuros estudios donde se profundice el tema y que permita abordar el conocimiento científico y enriquecer las experiencias creadoras en cuanto a la recuperación y restablecimiento de la salud en las comunidades, mejorando de esta manera la calidad de vida de las personas, su grupo familiar y su entorno.

En cuanto al aspecto teórico y práctico, éste proveerá información valiosa relacionada con la calidad de vida de las personas diabéticas, dando una herramienta invaluable en la que, el personal de enfermería puede cimentar sus acciones de salud.

En función de esta apreciación, la evaluación de calidad de vida en una persona representa el impacto que una enfermedad, en este caso la diabetes, y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar, por lo que la observación de las personas diabéticas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su patrón cultural e historia personal. En la presente investigación tiene como propósito

Describir la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. I semestre del año 2011

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la investigación

1. Antecedentes de la investigación

En atención a la temática de trabajo en la presente investigación se presentan varios trabajos de investigación que abordan desde perspectivas diferentes el problema que he decidido desarrollar, los mismos se centran tanto en la calidad de vida como en el estudio de los aspectos social y biológico de la diabetes y las personas que la padecen.

Es así como De los Ríos, J. (2004), realizaron una investigación basada en Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la cual consideran que la diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

En esta investigación, se realizó un estudio expo acto transversal en el cual se buscó identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad, los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyo u” del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS. Las

variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la DM2 de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos socio demográfico.

Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro en aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. La relación con este Trabajo versa en que concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

De la misma manera Volkening y Laffel (2006) realizaron un trabajo de investigación titulado Calidad de Vida en Jóvenes con Diabetes: Un Desafío para la Comunidad Médica, en el cual destacan lo primordial de esta problemática, de esta manera indican que la calidad de vida (CV) es un concepto teórico y práctico importante para valorar el impacto de la diabetes en múltiples aspectos (por ejemplo: físico, psicológico y social) de la vida de una persona. Se utilizaron diversos tipos de cuestionarios para evaluar la CV en jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) que comprenden instrumentos generales y específicos de enfermedad, tanto para la autoevaluación de los pacientes como para los informes de los padres.

Estos autores indican que, en el transcurso de su investigación el uso de múltiples instrumentos probablemente provea una evaluación más completa de la CV, en un estudio reciente de 100 jóvenes con DMT1, se encontró que el conflicto familiar relacionado específicamente con la diabetes fue la única variable asociada significativamente con la CV; el menor grado de conflictividad se correlacionó con una mejor CV. Se comparó la CV entre los niños y adolescentes con DMT1 y una

muestra de referencia; la CV no difirió entre ambas muestras, pero el informe de los padres fue significativamente peor en el caso de los pacientes con DMT1 en comparación con la muestra de referencia. Habitualmente, la investigación de los factores asociados con la CV en los jóvenes con DMT1 produjo resultados incongruentes y, por ende, es necesaria la realización de más investigaciones. Los ensayos de CV en jóvenes con sobrepeso y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) informaron una alteración en la CV. Dada la creciente prevalencia de obesidad y DMT2 entre los jóvenes, las investigaciones sobre la CV son de crucial importancia. La investigación continua sobre la CV en niños y adolescentes con DMT1 y DMT2 es vital para asegurar una atención óptima de los pacientes y sus familias.

En relación al aspecto psicológico y afectivo implicado en la diabetes, Ponce González (2006) desarrollo un trabajo el cual titula: La diabetes: luces y sombras en el camino. Relato biográfico de una paciente. En el mismo, el autor considera que las personas con diabetes necesitan de profesionales que además de ofrecerle conocimientos, valoren las respuestas que desarrollan ellos y sus familias ante la enfermedad, sus capacidades para afrontar la situación y cómo es la adaptación a la misma; igualmente es importante comprender que las situaciones por las que pasa la persona diabética y sobre todo la imagen que suscita el personal de salud en los diabéticos respecto a la educación diabetológica, ha llevado a realizar una entrevista en profundidad a la protagonista de este relato. Cuando se indaga en las vivencias subjetivas de los pacientes, se induce a la reflexión para entender las necesidades de éstos y el aprendizaje que los sanitarios pueden y deben hacer de la “sabiduría” de los pacientes, fruto de su experiencia. A objeto de realizar esta investigación el autor selecciono a una mujer diabética a la cual aplico como técnica de recolección de información la entrevista en profundidad. Así, fue elegida esta persona que tiene una experiencia de 27 años de convivencia con la diabetes. Entre las principales apreciaciones a las que llego el autor se encuentra que:

Uno de los aspectos a resaltar es la ambivalencia que se desprende a lo largo de toda la entrevista, ... por una parte manifiesta en repetidas ocasiones que la diabetes le ha resultado una carga, que ha impedido que se haya desarrollado como niña y como persona. Por otra parte asegura no considerarse una enferma, que es consciente de las limitaciones a consecuencia de las complicaciones pero percibe una calidad de vida y una alegría que le confiere una sensación de gran bienestar. (p.5)

Vale la pena acotar que la interacción de este Trabajo con la presente investigación se sitúa en que los elementos antes señalados, son de gran importancia a la hora de orientar la acción del profesional de enfermería, ya que estos ofrecen herramientas valiosas al realizar la actividad educativa la cual es realmente la esencia de los cuidados de enfermería.

Es de hacer notar, que los trabajos mencionados hacen referencia a algunos de los elementos que se pueden considerar a la hora de explorar el problema que se está investigando, y si bien no se trata de ofrecer un panorama ya concluido en torno a la diabetes y las personas que padecen esta enfermedad, pero si se pretende consolidar el papel y valor de la investigación y su aporte a la hora de abordar esta problemática, es decir posibilita tener una visión mas amplia sobre el problema o visualizar otras perspectivas que permiten enriquecer los resultados que este estudio pueda ofrecer.

Dentro de este contexto, Elbayeh (2007) realizó un trabajo de investigación en la Universidad de los Andes, titulado “Influencia de los recursos y la funcionalidad familiar en la atención del paciente diabético” se trató de un estudio descriptivo realizado en 100 pacientes diabéticos, la muestra se tomó al azar sistematizado tomando en cuenta solo los pacientes diabéticos mayores de 40 años, dependientes de antidiabéticos orales y que fueron controlados durante 5 meses consecutivos con la finalidad de investigar la relación existente entre el nivel de conocimientos y las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.

Los resultados muestran que los pacientes saben que la diabetes es una enfermedad crónica, que puede controlarse con dieta y tratamiento, que se controla pero no se cura y que la falta de control provoca complicaciones y/o hasta la muerte.

La mayoría recibió información por parte del médico tratante y están claros en que el diabético se descompensa a través de procesos infecciosos, por incumplimiento de la dieta y el tratamiento. Las complicaciones de la diabetes se han manifestado principalmente con los trastornos en la circulación de miembros inferiores.

Se concluye que el nivel de información sobre la diabetes reduce las complicaciones en especial la neuropatía diabética.

En concordancia a lo anterior, Martínez, (2007) realizó una tesis de grado en la Universidad Central de Venezuela, que tenía como objetivo general “Determinar la prevalencia de Diabetes en personas de cuarenta (40) años o más, de ambos sexos y su relación con algunos factores de riesgo. Concluyendo que la mayor prevalencia se ubicó en el grupo etario de sesenta (60) años con un dieciséis coma siete por ciento (16.7 %).

Con respecto a los factores de riesgo y su incidencia en el desarrollo de diabetes se encontró una relación significativa con los antecedentes familiares de diabetes, los cuales fueron positivos en un veinte coma cinco por ciento (20.5 %). También fue significativa la relación entre los antecedentes de parotiditis, hipertensión arterial y uso de fármacos.

Esta investigación se vincula de manera directa con la presente investigación, ya que demostró la aproximación que existe entre el desconocimiento y el desarrollo de la enfermedad, planteando como estímulo ante esta problemática la necesidad de

sensibilizar a la población en cuanto al manejo de los factores de riesgo y la necesidad de generar campañas que impulsen dicha sensibilización.

Bases Teóricas

Calidad de vida en pacientes diabéticos.

Diabetes Mellitus

La diabetes se caracteriza por una serie de anormalidades metabólicas inducidas por hormonas; las complicaciones a largo plazo afectan los ojos, los riñones, nervios y vasos sanguíneos, y por una lesión de las membranas basales demostrables mediante exámenes. Según la OMS (2005) “En los últimos años se ha aclarado que bajo el término general de diabetes están comprendidos una variedad de síndromes, los cuales difieren tanto en sus manifestaciones clínicas como en sus patrones hereditarios. (P.3-4)

De acuerdo a lo que plantea la OMS (2005),” la diabetes Mellitus es la más común de las enfermedades metabólicas graves en los seres humanos”. (p.4)

La diabetes, según Gaitán (2001) “es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso” (pág. 5). Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago.

En cuanto a la clasificación de la diabetes, se pueden señalar las categorías básicas de la misma, exceptuando la división en tipos primarios y secundarios. Los primeros indican que no existe una enfermedad concomitante, mientras que el segundo se supone que algún otro tipo de enfermedad identificable causa o permite que se lleve a cabo un síndrome diabético. En esta clasificación, la dependencia de la insulina no es equivalente a la terapéutica con esta. Más bien, el término significa que el paciente está en riesgo de sufrir cetoacidosis en ausencia de insulina. Muchos pacientes, clasificados como no dependientes de la insulina requieren el uso de esta para el control de la hiperglicemia, aunque no presentaran cetoacidosis si se suspende la insulina o si alguna enfermedad intercurrente provoca un estado de stress intenso.

De los Ríos y Otros (2004) “indican que para el estado de insulino-dependiente se usan con frecuencia los términos diabetes tipo 1 o IDDM, mientras que los sinónimos equivalentes para la diabetes no dependientes de insulina son diabetes tipo 2 o NIDDM” (pág. 38). Los sujetos no dependientes de la insulina se subclasifican como obesos y no obesos. La resistencia a la insulina desempeña un papel preponderante en los sujetos que caen en esta categoría de la enfermedad, sobre todo en los obesos, aunque esto no implica que tanto la síntesis como los patrones de secreción de la insulina estén intactos. Las formas secundarias de diabetes comprenden múltiples enfermedades. Una causa frecuente es la enfermedad pancreática, en particular la pancreatitis crónica en alcohólicos.

Tipos de Diabetes

Hay dos tipos principales de diabetes.

- **Tipo I, Insulino Dependiente:** a veces se le llama diabetes juvenil, porque normalmente comienza durante la infancia (aunque también puede ocurrir en adultos). En afirmación de Guzmán (2006) “Como el cuerpo no produce

insulina, personas con diabetes del tipo I deben inyectarse insulina para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes padecen el tipo I” (pág. 23). Es decir, el páncreas no produce, o produce poca insulina.

Se caracteriza por un inicio habitualmente abrupto de los síntomas poliuria, polidipsia, pérdida de peso y últimamente estupor y coma, insulinopenia y dependencia de la inyección de insulina para mantener vida y/o evitar la cetosis.

- **Tipo II, Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente:** que surge en adultos, el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce. Según este mismo autor “La insulina no puede escoltar a la glucosa al interior de las células. El tipo II suele ocurrir principalmente en personas a partir de los cuarenta años de edad” (pág. 25). Es decir, las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce. En este sentido la diabetes mellitus tipo II suele presentarse con escasos síntomas o aun en forma asintomática.

Complicaciones de la Diabetes

La persona diabética es susceptible a una serie de complicaciones que causan morbilidad y mortalidad prematuras, en este sentido se presentan las principales complicaciones que pueden afectar la calidad de vida: Anormalidades circulatorias, Retinopatía, Nefropatía diabética, Neuropatía diabética, Enfermedad diabética de los pies. (De los Ríos y Otros, 2004, p.4)

Las complicaciones de la diabetes son problemas de salud ocasionados por la diabetes. La diabetes hace que su nivel de azúcar en la sangre sea más alto de lo normal. Con el tiempo, los niveles de azúcar altos pueden dañar los vasos sanguíneos y los nervios. Este daño puede ocasionar problemas en muchas áreas del cuerpo

aunque la diabetes afecta el nivel de azúcar en la sangre, este problema termina eventualmente por afectar otros órganos y sistemas de su cuerpo.

Entre las complicaciones reseñadas por, De los Ríos y Otros, (2004) se encuentran:

- **Retinopatía diabética (problemas de la vista):** La retina es la parte del ojo que es sensible a la luz y envía mensajes a su cerebro sobre lo que usted ve. La diabetes puede dañar y debilitar los vasos sanguíneos pequeños de la retina. Este daño se conoce con el nombre de retinopatía diabética. Cuando ocurre daño en los vasos sanguíneos de su retina, estos pueden dejar escapar líquido y causar hinchazón en la mácula. La mácula es la parte central de la retina que le da una visión clara y nítida. La hinchazón y el líquido pueden causar visión borrosa y hacer que le sea difícil ver a usted, Si la retinopatía empeora puede conducir a la ceguera. (p.5) sobre este aspecto, se considera la primera causa de ceguera y pérdida de la visión en gran parte del mundo y en Venezuela. Por ello Chacin, L. (1999) define la rinopatía proliferativa como: “es una etapa avanzada donde hay la formación de nuevos vasos sanguíneos (neovascularización) en respuesta a la obstrucción de los vasos originales.
- **Nefropatía diabética (daño en el riñón):** La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos dentro de sus riñones de modo tal que éstos no pueden filtrar el material que debe ser eliminado. A este daño se le llama nefropatía diabética. Algunas personas que tienen nefropatía eventualmente van a requerir diálisis, es decir un tratamiento para poder eliminar las sustancias de desecho de la sangre, o también un trasplante renal. El riesgo de nefropatía aumenta para el paciente diabético y con presión arterial alta; por lo tanto, es importante controlar ambas condiciones. La presencia de proteína en la orina usualmente es el primer signo de nefropatía. (p.6)

Cabe destacar que Camejo, L. (1994) define tres tipos de nefropatía como:

1. Nefropatía clínica: presencia microalbuminuria (30- 300 mg en 24 horas) persistentes en dos o más muestras tomadas con intervalos de 6 meses. (pág. 21)
2. Nefropatía clínica: presencia macroprotenuria que puede llegar al síndrome nefrítico, hipertensión arterial y llegar a una insuficiencia renal crónica.(pág. 21)
3. Nefropatía terminal: depuración de creatinina por debajo de 0ml/mm. Creatinina en la sangre más de 4 mg/dl (pág. 21)

- Por otro lado **la hipoglicemia**, según Chacín, L. (1999) “es una alteración metabólica clínica caracterizada por el descenso de los niveles circulantes de glucosa en sangres 50 mg/dl. Con valor normal de 70/110 mg/dl (pág. 3). Por esto es una de las complicaciones más frecuentes en ellos ya sea por déficit alimenticio, o dosis excesiva de insulina o hipoglicemiantes orales.
- **Enfermedad de corazón y derrame:** Las personas que tienen diabetes tienen mayor riesgo de padecer de enfermedad del corazón y de tener un derrame (embolia). El riesgo incluso es mayor entre las personas que tienen diabetes y fuman, en aquellas que tienen la presión arterial (sanguínea) elevada, aquellos con antecedentes familiares de enfermedad del corazón o que están con sobrepeso. (p.6)
- **Neuropatía diabética:** este daño dificulta la tarea de los nervios para enviar mensajes al cerebro y a otras partes del cuerpo. Cuando existen daños en los nervios, puede perder la sensibilidad en algunas partes de su cuerpo o tener una sensación dolorosa, de hormigueo o de ardor. La neuropatía con mayor frecuencia afecta las piernas y los pies. (p.5). Así Camejo, M. (1944), Expresa que “neuropatía diabética, es la complicación más frecuente responsable de importante morbilidad, incapacidad e incluso mortalidad” (pág. 31)
- **Complicaciones cardiovasculares:** se refieren al engrosamiento de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo es una condición asociada a la diabetes. Esto

puede traer como consecuencias infartos del miocardio, accidentes cerebro vasculares, infecciones del riñón, retina y extremidades.

De manera general, el diabético de cuidar el pie, ya que algunos síntomas característicos son hormigueos, cosquilleo, pinchazo o adormecimiento, especialmente en las extremidades inferiores. En ciertas ocasiones, disminuye el sentido de la vibración. Por ello Chacín L., (1999) dice:

Sebe prestar atención especial a los pies y a las manos de los diabéticos. Hay que recordar que si la glucosa elevada no se controla adecuadamente, se pierde la función del nervio. Inicialmente habrá sensaciones dolorosas, como ardor hormigueo, especialmente en la planta de los pies en horas de la noche, llegando posteriormente a la insensibilidad que produce lesiones traumáticas. (pág. 38)

En virtud de la cita anterior, el diabético con poca sensibilidad en los pies, es por porque se van perdiendo las fibras nerviosas, lo cual provoca la apariciones de úlceras; como consecuencia de una media doblada, una piedrita en el zapato, cualquier golpe pasara desapercibido, y si a eso se le agrega los trastornos circulatorios característicos del diabético mal controlado y su predisposición a las infecciones, obteniéndose una combinación desafortunada, que puede llevar inclusive a la pérdida del miembro afectado.

Pie diabético:

Son diversos tipos de lesiones que pueden presentar el diabético en sus pies a consecuencia de la asociación de enfermedades vasculares periféricas. Para tal efecto Carpenito, L (1994), explica que:

Cualquier problema local como uñas encarnadas, callos infectados, traumatismos, infecciones de la piel o el calzado apretado, puede dañar el tejido y hacerlo propicio para que aparezca y se extienda una infección. Dichas infecciones van acompañadas de inflamaciones dolorosas que

aumentan progresivamente y comienzan a necesitar oxígeno, debido a la mala irrigación sanguínea. (pág. 126)

Cuadro N° 1

Clasificación del pie diabético:

Grados	Aspectos
0	Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédica y de uñas, pérdida de la visión, nefropatía, edad avanzada.
1	Úlcera superficial.
2	Úlcera profunda que llega al tendón, ligamento, articulación y/o hueso.
3	Infección localizada: celulitis, absceso, osteomielitis.
4	Gangrena extensa

Fuente: Manual clínico para médicos generales. Programa nacional de diabetes del Ministerio de sanidad y asistencia social. (2000, Pág. 10)

Cuadro N°2

Signos y síntomas del pie diabético.

Enfermedad	Signos	Síntomas
Vasculares	<ul style="list-style-type: none"> -Pies fríos -Claudicación intermitente (pantorrilla o pie) -dolor en reposo, especialmente durante la noche. 	<ul style="list-style-type: none"> - ausencia de pulso pedios, poplíteos o femorales. - soplos femorales - tiempo de llenado capilar prolongado (<15-20s)
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> -Sensitivos: ardor, hormigueos, parestesias, dolor e hipersensibilidad, sensación de pie frío o dormida. - Motor: debilidad - Autónómicos: sequedad en la piel 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensitivos: déficit vibratorio y propioceptivo, luego de dolor y temperatura, hiperestesia. - Motor: disminución o ausencia de reflejos tendinosos profundo, debilidad motora. - Autónómicos: disminución o ausencia de la sudoración.
Musculoesqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio gradual en la forma del pie. -Cambio súbito e indoloro, en la forma del pie, asociado a edema sin antecedentes de traumatismo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pie cavo y dedos en garra. - Pie caído - Articulaciones Charcot -Artropatía neuropática
Dermatológicas	<ul style="list-style-type: none"> -Heridas exquisitamente dolorosas o indoloras - Cambios de coloración en la piel. - Pie seco, pruriginoso - Heridas que no cicatrizan o lo hacen lentamente, necrosis, infecciones recurrentes (paroniquia, pie de atleta). 	<ul style="list-style-type: none"> -Piel: sequedad, infecciones, infecciones micóticas y crónicas, lesiones queratósicas con o sin hemorragia (plantar o digital). - Vello: disminución o ausencia. - Uñas: cambios tróficos - Onicomycosis o absceso subungueal

Fuente: Manual clínico para médicos generales. Programa nacional de diabetes del Ministerio de sanidad y asistencia social. (2000, Pág. 15)

En tal sentido, se determina que cada individuo es un caso particular, con sus requerimientos específicos, por tal motivo, Lo Presti, A (1999), describe sobre diagnóstico, tratamiento, que deben seguir la persona que presentan esta patología (pág. 42):

1. Diagnostico:

- Examen clínico
- Rx. de pie
- Bacteriología por punción
- Doppler y/o arteriografía

2. Tratamiento:

- Desbridamiento quirúrgico
- Antiséptico locales
- Cura seca
- No se aconseja usar cremas en heridas abiertas
- Antibióticoterapia
- Vasodilatadores
- Cirugía arteria directa tratamiento de la neuropatía periférica
- Tratamiento ortopédico.

Prevención de infecciones en pacientes diabéticos

La prevención implica un conjunto de acciones que adoptan el individuo para evitar la aparición, o progresión de infección. Por su parte, Barreras, J. (1999) explica:

En primer lugar esta, la detención temprana del pie en riesgo, buen control metabólico, educación sobre uso del calzado, higiene podológica, prevención de traumas, etc. Evitar tratamientos cosmetológicos por personal no especializado. Segundo, evitar gangrena en grados 1 y 2 mediante el

cuidado adecuado de las úlceras y corrección de los factores desencadenantes (aliviar puntos de presión, calzado ortopédico, tratamiento podológico de deformidades ungueales, riesgo sanguíneo, etc.). Y tercero, evitar la amputación en los grados 3 y 4 debe intervenir el equipo multidisciplinario especializado, suele requerir tratamiento intensivo intrahospitalario. (pág.11)

Control de la diabetes

Este defecto de la insulina en pacientes diabéticos provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios.

En este orden de ideas, Gaitán (2001) asegura:

“No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas afectadas por este desorden, es controlarlo: mantener los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles los normales. Un buen control puede ayudar enormemente a la prevención de complicaciones de la diabetes relacionadas al corazón y el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios” (pág. 56).

Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.

Gracias a una serie de avances tecnológicos de los últimos años es más fácil mejorar el control del nivel de azúcar en la sangre.

En este sentido continúa el progreso en la confección de aparatos con los que los pacientes pueden medir su nivel de glucosa en su propio hogar. Siendo cada vez más pequeños, más rápidos que los modelos antiguos, y en una operatividad con muestras de sangre más pequeñas.

Finalmente, uno de los mejores indicadores del control de su diabetes es el Test De Hemoglobina Glycosylalada, que muestra su nivel de azúcar promedio sobre un periodo de tres meses. Esto se evidencia en lo planteado por la OMS (2005) “Este procedimiento permite mejorar su control de la diabetes, y de esta forma reducir el riesgo de complicaciones de diabetes”.(P.3)

Educación sobre diabetes

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, como dice Guzmán (2006) “la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes” (pág. 76). La gente que sufre de diabetes, a diferencia aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el a nivel de azúcar en la sangre. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

Aunque la inducción sobre diabetes proporciona información general útil, creemos que cada paciente debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas.

Percepción

De acuerdo con Gregory (1990) citado por Gross:

La percepción no se determina simplemente por los patrones de estímulos; mas bien es una búsqueda dinámica de la mejor interpretación de los datos disponibles... la percepción implica ir más allá de la evidencia dada de manera inmediata por los sentidos. (Pág. 745)

La percepción, es el conocimiento de las respuestas sensoriales a los estímulos que las excitan. Por la percepción distinguimos y diferenciamos unas cosas de otras, nuestro ser del mundo, nuestra realidad de las otras cosas. La percepción es personal y seguramente variará de una persona a otra o de una región a otra y usualmente se base en opiniones y puntos de vista.

La forma de cada uno de interpretar el mundo, varía en función de su aprendizaje, sus experiencias, sus vivencias de forma que cada uno de nosotros filtra la información que le llega a través de los sentidos en función de todas esas variables. Por eso, la visión de una situación o de una persona es diferente para cada individuo. En el contexto de esta investigación, la percepción está referida a como conciben las personas diabéticas el tratamiento, los aspectos sociales y actividades cotidianas, así como los efectos futuros de la diabetes. Resulta importante que se conozca su percepción sobre sí mismos y su estado de salud, sus creencias y emociones en relación a su enfermedad, en definitiva como se perciben, como se sienten, como es su calidad de vida desde su perspectiva.

Expectativas:

Actualmente los psicólogos cognitivos definen la expectativa como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta, Lo que le permite al

individuo predecir la probabilidad de que un acontecimiento se dé basado en la experiencia previa. (Reeve. J, 1994. Pág. 20)

según el Víctor H. Vroom (2000) Las expectativas dependen en gran medida de la percepción que tenga la persona de sí misma, si la persona considera que posee la capacidad necesaria para lograr el objetivo le asignará al mismo una expectativa alta, en caso contrario le asignará una expectativa baja. (pág. 3)

El paciente diabético antes de aceptar su enfermedad vive un proceso psicológico donde la niegan, protestan, idealizan su vida antes del diagnóstico, se deprimen y finalmente la aceptan. Superar las etapas le garantiza una mejor aceptación. Cambiar los hábitos de vida, cuidarse, identificar alternativas, buscar apoyo y creer en sí mismo, son las estrategias efectivas para vivir con diabetes, el se plantea expectativas de vidas favorable muchas veces para su bienestar.

Calidad de vida

Se ha definido a través de los años la calidad de vida como el bienestar que posee la persona a nivel físico, emocional, social y económico, sin embargo es un concepto subjetivo de cada persona y que viene siendo una combinación entre las condiciones de vida y satisfacción personal.

Según Schalock, (2003) “la calidad de vida es un concepto que hace referencia a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”. (Pág. 3)

La calidad de vida en una persona representa la percepción que tiene de su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual y este depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Salud y calidad de vida

En el 2005, la OMS definió la calidad de vida en función de “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”. Todo esto está matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales

En este sentido, la calidad de vida se puede decir que entre otras cosas se encuentra asociado también a otros aspectos, en este sentido Villareal, Pedraza y Lerma (2005) indican que el término calidad de la vida es un término que aún no ha tenido una definición exacta y precisa. Igualmente, el término ambiente ha sido definido en diferentes formas de acuerdo con la idea o con la especialidad e intención de quien trata de definirlo. Sin embargo, el término salud si ha sido bien definido por las instituciones internacionales, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2005) lo ha definido como “el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad”. (pág. 2)

OPS refieren que: “Por calidad de vida algunos entienden “la satisfacción de algunas necesidades”; otros entienden “la limpieza y pureza del ambiente”. y otros entienden “el conjunto, en un estado avanzado, de los aspectos naturales y culturales de un grupo social”. (p.13)

Calidad de vida individual

Se define en términos como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS (2005), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno".

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- Cuántas y cuáles son las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- Cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas. .

Podemos clasificar las necesidades de las personas en cuatro tipos:

- Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos, etc...
- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal, etc..
- Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre, etc...
- Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia,

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas áreas. Incluye las decisiones diarias de una persona en cada una, sus emociones respecto a las situaciones que viven y su ideal de futuro en cada dimensión. Está muy relacionada con la búsqueda del sentido que tiene nuestra vida, el cual depende de los valores, la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas.

Calidad de vida colectiva

Es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores", Tal como plantean Villareal, Pedraza y Lerma (2005 P.10)

Según los mismos autores Es: "la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente."

"Para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento".

Tal como señalan estos tres autores estas tres ideas (ambiente, calidad de la vida y salud) podrían unirse para dar un solo enfoque al ámbito donde se desarrolla el hombre como individuo, el hombre como grupo social, como núcleo familiar y por último la comunidad, la sociedad en general. Podríamos definir las necesidades sociales en los términos en que muchos economistas lo hacen, es decir, tomando en cuenta como necesidades indispensables para la sociedad a la salud en primer lugar; luego la nutrición, la cual es lógicamente la base de la salud; la vivienda y abrigo en general; la educación y posteriormente, dependiendo del tipo de sociedad o el estado de desarrollo en que se encuentra la cultura de una sociedad, podría considerarse como necesidades indispensables de la sociedad, al trabajo y por consiguiente a la recreación, es decir, el reposo de este trabajo.

Este enfoque evidencia lo valioso de abordar a las personas desde una valoración integral, verla no como una parte separada sino, como un ser inmerso en una totalidad

que forma parte de su calidad de vida como diabético que pertenece a una sociedad en donde sus cambios le afectan y los de él inciden en aquella.

De esta manera si se considera que éstas son las necesidades básicas de una sociedad, podemos decir que cuando están satisfechas, la sociedad está en un estado aceptable o satisfactorio de su calidad de la vida.

Finalmente Villareal, Pedraza y Lerma (2005) señalan que, se podría considerar que una sociedad ha alcanzado una buena calidad de la vida cuando ha satisfecho todas sus necesidades básicas sociales. (p.65)

Sin embargo, este es un planteamiento que debe desglosarse en cada una de esas necesidades, puesto que para que una persona cumpla a cabalidad y de forma amena y eficiente su trabajo, que como se ha dicho es una 'necesidad, debe tener satisfechas varias de las otras necesidades, por ejemplo, gozar de vivienda y abrigo, de educación, de alimentación, y por supuesto de salud.

La salud es la base fundamental del resto, nada hace una persona con tener oportunidad de trabajar, recrearse, educarse, sino tiene salud, ya que no podrá aprovechar ni desempeñar bien las funciones al no gozar de buena salud. Por lo tanto, el eje fundamental de la calidad de vida es la salud. Igualmente, una sociedad, un núcleo familiar o un individuo tendrán como base fundamental la salud en primer término y luego las otras necesidades.

Al enfocar estos elementos, se destaca que se debe tomar en consideración que hay muchas concepciones que tienen mucho arraigo en las personas en general y en quienes viven la patología, esto puede poner obstáculos o interferencias al desarrollo de un modelo de adaptación que puede estar guiado por nuestra labor como

profesionales de enfermería, se trata pues de combatir viejas concepciones que perjudican al diabético, al respecto Guzmán y Silva (2006)

Generalmente al referirse a enfermedades como la diabetes, se tiende a pensar en la búsqueda de un tratamiento médico - farmacológico que ayude a sobrellevar los síntomas que supone la enfermedad, pero poco se piensa en el apoyo psicológico que requiere el paciente, o en los factores sociales que intervienen en ella. Pues bien, su afrontamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral y multidisciplinario que incorpore el enfoque psicológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables. Esto implica un cambio en la concepción de la enfermedad, considerando no sólo aspectos médicos en su tratamiento, sino también aquellos psicológicos y sociales, entre los que se incluye la educación y prevención al respecto. (p.6)

Calidad de Vida en la Diabetes

La aceptación de las exigencias médicas y de enfermería por parte de los pacientes diabéticos ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas, pues el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento. De los Ríos y Otros (2004) Destacan que: “diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales”. (p.12)

Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2 (Diabetes Mellitus II). La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud.

También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida. Adicionalmente, tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito de la salud comunitaria. Por un lado, su uso constituye una medida centrada en la persona, la cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social.

Citado por De Los Ríos (2004).

“la calidad de vida centrada en la salud se puede desarrollar en dos líneas de investigación fundamentales: a) La evaluación del impacto de los programas de salud. b) La evaluación del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio. Con lo cual se obtienen datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales”. (p. 13)

El tratamiento y control de la DM2 revelan un alto costo económico y social, sobre todo ocasionado por las complicaciones, lo que implica una pérdida de la salud.

En este sentido el mismo autor. 2004, presentan una definición operacional de calidad de vida relacionada con la salud la cual se indica a continuación: “Valoración que realiza el paciente con DM2, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado” (p15). Como puede observarse, conocer el nivel de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2 permitirá planificar las intervenciones necesarias ante las necesidades identificadas y estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas.

De la misma a manera Robles García y otros (2003) citando a Patrick y Erickson, ofrecen otra perspectiva sobre la calidad de vida definiendo a esta:

Como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. En términos generales, existen dos tipos de evaluación de este concepto: las medidas generales y las específicas. Las medidas generales se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de personas con diversas enfermedades, y son útiles para estudios en donde se comparan diferentes poblaciones. Empero, algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento en comparación con las medidas específicas..., que se diseñan para evaluar características específicas de una enfermedad o población particular. (p. 33)

Lo anterior indica pues, la importancia que tiene este aspecto en la vida cotidiana de las personas diabéticas y lo importante que es también para nosotros como personal de salud, debido a que esto forma parte integral de los cuidados a ofrecer en la comunidad.

El concepto de calidad de vida está pues relacionado de forma muy estrecha con las acciones de salud que se puedan implementar desde la perspectiva del personal de salud, así, se debe mantener al paciente en óptimas condiciones de salud, al respecto Salas y Vargas (1998) indican que: “el tratamiento de esta afección -particularmente en la variedad insulino dependiente-, tiene que ser integral y transforma por completo el régimen de vida habitual del paciente, pues ninguna otra enfermedad exige tanta participación del afectado como ésta” (pag.7). Sin embargo, ello no sería posible sin un proceso educacional, que se inicia con la asimilación de los aspectos fundamentales de la diabetes, con el propósito de lograr un estilo de vida propio de la condición de ser diabético.

Bienestar

Unos de los principales aspectos asociados a la calidad de vida es el bienestar y en este sentido Kozier, B (1999) lo define como:

“El bienestar es un modo de vida, un estilo que se diseña para lograr al máximo el potencial para estar bien. Es la integración del cuerpo, mente y espíritu; el reconocimiento de que todo individuo hace, piensa y cree, influye en su estado de salud” (Pág. 56)

Ahora bien, las personas diabéticas, la enfermedad los obliga a modificar su estilo de vida hábitos y costumbres durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control, como la alimentación y el ejercicio, es primordial para el sentirse bien con en mente, espíritu para así lograr satisfacer sus necesidades y mejorar su estado y su calidad de vida.

Si bien se ha dicho que la calidad de vida tiene que ver con el bienestar humano es te a su vez está relacionado con:

- **Bienestar Físico.** El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas.

Kozier, B (1999) definen el bienestar físico como:

“la capacidad de realizar las actividades cotidianas, lograr un buen estado físico, mantener una nutrición adecuada, y una cantidad apropiada de grasa corporal, evitar el abuso de medicamentos y alcohol, en general poner en prácticas unos buenos hábitos de vida”. (Pág.267)

Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física.

- **Nutrición:** La nutrición es parte integral de la asistencia y del control de la diabetes. Sin embargo, el cumplimiento del plan nutricional es uno de los aspectos más difíciles de conseguir debido a los cambios de estilo de vida que implica. Hace unos años ser diabético era estar condenado a no poder comer hidratos de carbono en general, no probar el pan, las papas, espaguetis, entre otros alimentos. Actualmente esto no es así, gracias a los avances y estudios nutricionales sobre la enfermedad, se ha llegado a la conclusión de que los requerimientos nutricionales para los diabéticos son los mismos que para los individuos no diabéticos. Sin embargo, en la dieta para pacientes con diabetes debe contener carbohidratos complejos (cereales y papas en la cantidad permitida y legumbres), en lugar de azúcares simples (dulces, bebidas azucaradas, pan) para evitar la subida excesiva y rápida de glucosa en sangre después de cada comida, desestabilizando así el control metabólico del paciente.

Según Nordmarh y Rohweder (2001):

... “El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sea para sus necesidades, los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza. El estado nutricional óptimo se logra cuando se suministran y utilizan los nutrientes esenciales para mantener el estado de salud.” (129)

Lo más importante, de las dietas es que deben ser de forma individualizada, siempre considerando factores como actividad cotidiana, horario, tipo de trabajo y educación. La cual debe aportar los requerimientos calóricos suficientes para mantener el peso adecuado mediante el suministro equilibrado de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.

-Bienestar Mental o Intelectual. Según la Organización Mundial de la Salud (2000), “el bienestar mental representa aquella capacidad requerida para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto, sin lesionar a otras personas y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social” (pág.3). El bienestar mental es la habilidad de:

- Aprender y poseer capacidades intelectuales.
- Procesar información y actuar en base a ella.
- Clarificar valores y creencias.
- Ejecutar la capacidad de tomar decisiones bien pensadas.
- Entender las ideas nuevas.

Toda persona con un apropiado bienestar mental posee un equilibrio interior, intelectual y afectivo. El individuo vive satisfecho de sí mismo, se siente bien con relación a las demás personas y puede hacer frente a las exigencias de la vida.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Bienestar psicoemocional:

La estrecha relación entre cuerpo y mente provoca, en el caso de la diabetes, que las personas afectadas padezcan complicaciones mentales como depresión o angustia. En gran medida los problemas mentales de los diabéticos tienen su origen en la no aceptación de su enfermedad, tanto del enfermo como de su familia, ya que no es fácil aprender a convivir con posibles hospitalizaciones o tener que asumir una enorme responsabilidad, pues en la diabetes es fundamental la intervención activa del paciente en el control de su enfermedad (inyecciones diarias de insulina y dieta estricta, entre otros)

Coopersmith (1967) entiende “que la autoestima tiene relación con la evaluación que el sujeto hace sobre sí mismo expresando su actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el sujeto se cree competente, exitoso, importante y admirado”.

Con respecto a lo citado el autoestima es un juicio que el individuo se hace sobre sí mismo, consiste en la aceptación de lo que eres, a pesar de las limitaciones, los errores.

El reconocimiento de la enfermedad y la confianza en poder controlarla son fundamentales para que el paciente pueda afrontar una dolencia crónica, como la diabetes. Los principales efectos que pueden sufrir las personas que padecen diabetes son dificultades para concentrarse, inestabilidad emocional, trastornos de ansiedad (crisis de angustia con miedo extremo sin causa real que lo provoque), depresión, entre otros, los cuales influye completamente en el autoestima de paciente diabético. Por ello, es de especial relevancia tratamiento psicológico en la diabetes, cuyo objetivo es ayudar a conseguir el mejor control metabólico posible y contribuir a mejorar la calidad de vida.

-Bienestar Social: Se refiere a la habilidad de interaccionar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales.

Según Keyes (1998) El bienestar social es sencillamente “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad”, (pág. 122)

Puede considerarse como "gracias" o destrezas sociales o una perspicacia social. Aquellos que poseen un apropiado bienestar social pueden integrarse efectivamente en su medio social. Se caracteriza por buenas relaciones con otros, una cultura apoyadora y adaptaciones exitosas en el ambiente.

- **Relaciones interpersonales** Las relaciones interpersonales constituyen, pues, un aspecto básico en nuestras vidas, funcionando no sólo como un medio para alcanzar determinados objetivos sino como un fin en sí mismo (Monjas, 1999).

Hay que tener en cuenta que las relaciones interpersonales funcionan tanto como un medio para alcanzar ciertos objetivos como un fin en sí mismo. El ser humano es un ser social y necesita estar en contacto con otros de su misma especie.

El éxito de la vida depende en gran parte de la manera como los individuos se relacionan con los demás individuos, y la base de estas relaciones interpersonales es la comunicación.

Marroquín y Villa (1995) sobre la importancia de la comunicación interpersonal refieren que:

“La comunicación interpersonal es no solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humanos (...) Si una persona no mantiene relaciones interpersonales amenazará su calidad de vida”. (Pág. 21)

Para el paciente diabético, las relaciones interpersonales cambian con el rumbo de su enfermedad, ya que este se vuelve irritable, muchas veces agresivo, manipulador, es decir presenta una serie de cambios en actitudes.

Enfermería y la Educación para la Salud

La educación para la salud es una herramienta de fundamental importancia para enfermería, esto en función de que se requiere ejercer esta actividad en todo momento como estrategia para la prevención de los problemas de salud o minimizar los efectos de aquellos que son de carácter crónico tal es el caso de la diabetes, y es aquí donde el

profesional de enfermería más que educar se trata de formar, sensibilizar, y despertar la acción de aquellas personas que así lo necesitan y de que enfermería este orientada a ayudar a las personas más que a tener que hacer las cosas por estos; así se logra despertar hacia una posibilidad de cambio en las personas diabéticas.

En este sentido, Gaitán Enríquez (2001) indica que:

la educación para la salud debe corresponder a las necesidades de salud específicas de las personas, igualmente comenta que la Diabetes Mellitus constituye un problema de enorme magnitud por sus graves consecuencias en costos de salud y económicos, y las necesidades de cuidados de los diabéticos requieren más habilidades y una especial pericia en la enseñanza, cambio conductual, control físico y metabólico, administración terapéutica y cuidados enfermeros y médicos que difícilmente pueden ser cubiertas por la mayoría de profesionales. (p. 78)

Es así pues, es muy importante la educación para la salud, puesto que implica un aporte muy significativo en mejorar la calidad de vida de la persona diabética, y es esto uno de los pilares fundamentales que hay que tener en cuenta a la hora de planificar los cuidados, el profesional de enfermería comunitaria tendrá en cuenta que en el ámbito educativo deberá asumir varias prioridades y apuntalar estas en la vida cotidiana de estos pacientes, Una de estas es la prioridad y su cabal cumplimiento lo cual garantiza estabilidad de la condición patológica y tendrá su influencia decisiva en la esfera psicológica y espiritual de las personas, en relación al tratamiento Ponce González (2006) acota que:

Adherencia al tratamiento de la diabetes debe entenderse como un constructo complejo, multidimensional y variable, que determinan diferentes niveles de auto cuidado en las personas diabéticas. Existen muchas variables personales y situacionales que influyen en la adherencia al tratamiento, entre las que destaca: conocimientos y destrezas, habilidades de afrontamiento, apoyo social y familiar, variables del personal sanitario (calidad de la interacción pacientes/sanitarios), etc. La educación

diabetológica supone una de las bases fundamentales para potenciar dicha adherencia, siendo la medida terapéutica con mayor impacto. (Pág.49)

Lo anterior destaca, que el profesional de enfermería en su compromiso de educar a las personas y sus familiares debe considerar todas las variables que puedan presentarse y partir de la posición de que este es un problema multidimensional y por tanto igualmente debe ser abordado desde esta perspectiva y con la colaboración de todo el personal de salud a quien le compete la educación en las comunidades.

La gestión óptima de la diabetes requiere un compromiso significativo de tiempo para ser continuada, progresiva y frecuente en una gente que utiliza una proporción elevada de recursos de cuidados de salud, gestión que abarca más allá de un profundo proceso de Educación Diabetológica, y en la que el principal problema del cuidado integral es tender un puente entre los conocimientos médicos y de enfermería de la diabetes así como entre la experiencia, necesidades y expectativas en cada paciente; Siendo esta la meta final de nuestro estudio.

Ponce González (2006). Que los hospitales han sido tradicionalmente el lugar para la educación y el tratamiento de la diabetes, pero ya se ha visto que las personas diabéticas pueden ser tratadas e instruidas con una buena organización extra hospitalaria y comunitaria. (pág.84)

El actual desarrollo tecnológico, las especiales características de la DM, la escasez de profesionales cualificados, el ya mencionado previsible aumento de la prevalencia, y el consecuente aumento de la demanda y expectativas de cuidados, sumados a la necesaria contención del costo del cuidado de salud no se corresponden a las posibilidades actuales, posibilidades que potencialmente pueden obtenerse del desarrollo académico/profesional de la Especialidad de la Enfermería en Diabetes.

Ante esta situación, resulta de vital importancia que tanto el personal de enfermería como el resto del equipo tengan en cuenta que no se trata solo de un proceso biológico al que se está tratando, sino de una persona con problemas de salud con una vida social, psicológica y espiritual; sobre esto Guzmán y Silva (2006) señalan que: “las alternativas de intervención psicológica en los tres niveles de atención: a) Promoción y prevención, b) diagnóstico, c) tratamiento y rehabilitación, que desde la perspectiva biopsicosocial requieren ser aplicadas para disminuir la incidencia y reducir las complicaciones de la diabetes”. (pág. 56)

De esta manera también mencionan las funciones preventivas y promotoras del personal de salud, que se centran en los siguientes factores o elementos a considerar:

a) Capacitar a los mediadores de las redes socio-sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención de una manera efectiva.

b) Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática desde las perspectivas posibles para los involucrados.

c) Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.

d) Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general y grupos susceptibles.

e) Promover una mayor accesibilidad de todos los instrumentos preventivos disponibles.

f) Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

De igual manera se destacan las redes de apoyo social, que tienen 3 funciones: ayuda, consejo y reinformación o retroalimentación. Estas redes son un apoyo para el enfermo y le ayudan a sobrellevar su padecimiento. Están conformadas por el personal médico y psicológico, la comunidad de iguales (relación con otros pacientes), la familia y la comunidad en general, el apoyo que el paciente reciba de su red social es un elemento clave, determinante y definitivo en su proceso de adhesión al tratamiento.

Se enfatiza, en los propósitos técnicos que se pueden desarrollar con un paciente diabético, entre los que se encuentran los siguientes elementos o factores vitales (Guzmán y Silva, 2006, p. 56):

- a) Ayudar a la persona a aceptar el diagnóstico de la enfermedad que está viviendo.
- b) Ayudar a la persona entender la diabetes, su tratamiento, sus posibles complicaciones y su cuidado cotidiano a fin de mejorar su calidad de vida como persona humana.
- c) Tratar de motivar a la persona de manera continua a hacerle frente a su enfermedad.

Así mismo, Gaitán Enríquez (2001) acota que,

La figura del Educador debe fomentarse y contemplarse como una capacitación para una mejor educación, además de potenciarse el papel de la enfermería. La enfermería especializada en diabetes tiene el reto y la

responsabilidad de demostrar que puede y es capaz de manejar a pacientes diabéticos, también en el ámbito extrahospitalario, con costos más bajos jugando un importante papel equilibrando los cuidados apropiados con la economía para el sistema de salud, evitando una excesiva concentración de la demanda hospitalaria y como un aliado vital de los problemas de salud de las personas en su comunidad. (p.2)

Lo que se comenta destaca el papel de la educación y el aporte de esta estrategia tan importante para lograr que las personas eleven su nivel y calidad de vida, teniendo como punto de partida la educación para la salud, al respecto de los aportes que de aquí se generan. Salas y Vargas (1998, p.6) indican que la efectividad de las actividades de control y educativas acerca de los factores de riesgo de esta afección se pueden evidenciar a través de los siguientes aspectos derivados de la práctica educativa de enfermería:

- Contribuir a la búsqueda de nuevos casos en la población de alto riesgo, pesquisa de los factores de riesgo: obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo.
- Realizar controles de visita al hogar para verificar el cumplimiento de la dieta, el conocimiento de la familia acerca de la enfermedad del paciente.
- Realizar proceso de Enfermería en los ingresos en el hogar o cuando el paciente tenga alguna necesidad afectada.
- Presentar proceso de Enfermería en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo y pases de visitas.
- Realizar actividades educativas a los enfermos y familiares teniendo en cuenta los pilares fundamentales de la atención al diabético como:
 - Mantener el peso adecuado a la talla y edad.
 - Manejo de la dieta en cuanto a calidad y cantidad, cuidado de los pies en el secado, corte de las uñas, uso de calzado cómodo.
 - Prevenir lesiones micóticas.
 - Realizar ejercicios físicos, previa evaluación del paciente.

- Mantener actualizado esquema de vacunación.

Ante esta realidad la enfermería comunitaria, ha de disponer de nuevas habilidades, capacidades y dedicación plena para afrontar el dilema preocupante de las necesidades en el cuidado de salud de los diabéticos. Necesidades que no pueden cubrir cursos básicos ni la falta de acreditación homogénea, pero que si puede y debe hacerlo la figura de Enfermera Especialista en Educación y Terapéutica de la Diabetes. Todo este aumento de complejidad y autonomía debe ensanchar las fronteras tradicionales de la práctica en el cuidado de la Diabetes.

Estrategias educativas

Pero esta importante tarea no puede improvisarse ni ser desarrollada en una consulta, un curso o una etapa específica de la enfermedad. La labor educativa será permanente y deberá responder a las diferentes fases de esta entidad, utilizando con esta finalidad diversos recursos educacionales y las motivaciones necesarias de acuerdo con las características individuales.

Salas y Vargas (1998) “En estos pacientes se requiere, además, asegurar el tratamiento adecuado y evitar la sobreprotección familiar” (pág. 7). La diabetes mellitus es una enfermedad tratable y controlable, pero no curable, que requiere de un tratamiento integral, en el que la participación del enfermo resulta fundamental; pero ésta sólo puede lograrse a través de un proceso educacional que durará toda la vida, en dicha labor interviene todo el equipo de salud, en el que la enfermera comunitaria constituye un elemento esencial.

De la misma manera, indican que en la atención a aquellos pacientes de edad avanzada o con impedimentos físicos y mentales, resulta esencial la labor del binomio

médico-enfermera dirigido a la familia, quienes a través de sus orientaciones en el hogar sobre la dieta y educación los mantienen compensados.

Finalmente, refieren algunas Actividades Educativas a los enfermos y familiares que realiza la enfermera teniendo en cuenta los pilares fundamentales de la atención al diabético:

- Contribuir a que el paciente se realice análisis de orina una vez al año.
- Mantener el peso adecuado a la talla y edad.
- Manejo de la dieta del diabético en cuanto a calidad y cantidad de la misma.
- Manejo de las diferentes zonas de punción (mapa de rotación). (Salas y Vargas, 1998, p. 9)

La labor de la enfermera en la atención al paciente diabético en la comunidad, tiene como propósito disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes mellitus y como objetivo fundamental elevar la calidad de la atención a este tipo de paciente.

Teorizante de Enfermería. Nola J. Pender.

La Dra. Pender Enfermera con un posgrado en psicología (1969) ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, sus comunicaciones y sus escritos, en crecimiento y desarrollo humano.

Cuando obtuvo su posgrado, Pender experimento una desviación en su pensamiento que la llevo a definir el objetivo de la enfermería como la salud optima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó "un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva", que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

En este estudio se comprobó la validez del modelo de promoción de la salud, donde los principales supuestos eran los descritos a continuación:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.

- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.

- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.

- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.

- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

La teoría de Pender identifica factores cognitivos-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud. Estos factores se modifican por características

demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos.

Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo.

En dicha teoría se pueden mostrar los efectos que ejercen los pensamientos y los sentimientos de una enfermera en el resultado de sus acciones con respecto a la promoción de salud ya que se busca satisfacer las necesidades llegando a cumplir un objetivo de proporcionarles una alternativa preventiva de cuidados de salud en su integridad física y un mejor estilo de vida, brindándoles apoyo emocional y psicológico, dándole confianza para que de esta manera logren adaptarse y superar las complicaciones y problemas que estos estén presentando o que pueda presentar.

Antecedentes de la institución

El hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz” fue inaugurado durante el gobierno del presidente Carlos Andrés Pérez, quien dando un impulso a las políticas de salud enmarcada en los planes globales de desarrollo social y económico del país, se interesa en abrir sus puertas a la comunidad tanto Mirandina como para los valles del Tuy y otras regiones cercanas que esperaban con ansiedad su funcionamiento.

El 16 de Noviembre de 1988, se dio inicio a la primera etapa del hospital, quedando establecido que su apertura sería de forma escalonada y progresiva. Bajo estos lineamientos se dio comienzo a una labor dirigida a la atención de servicios médicos ambulatorios.

Debido a problemas tanto de organización, administrativo como del personal fue necesario mantener una constante comunicación con el entonces “Policlínico de Los Teques”, Siendo el 15 de Agosto del año 1901, cuando se llevo a cabo el periodo de apertura, seis (6) meses después se organizo totalmente el área de servicios ambulatorios y comunitarios.

Durante este periodo debido a lineamientos presupuestarios, no se pudo canalizar la atención y hospitalización de pacientes. Llevándose a cabo solo consultas externas en los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Odontología, abarcando de esta forma un 60% de su capacidad total.

En Enero de 1992 se da curso a la segunda etapa con la organización y apertura de cuatro departamentos clínicos las cuales contaban ya con áreas de hospitalización. Por último se abrió el área de hospitalización en emergencia y se reforzaron los servicios con personal médico y administrativo del hospital Policlínico de Los Teques, iniciándose de esta manera sus labores como Hospital General del Estado Miranda.

Hoy en día el Hospital Victorino Santaella Ruiz, cuenta con los servicios de Neonatología, Traumatología, Cirugía, Medicina, Odontología, Banco de sangre con capacidad de 480 camas, prestando atención médica a los diferentes sectores adyacentes a la capital Mirandina, los Valles del Tuy, Aragua, Distrito Federal entre otros.

Cabe destacar que el nombre de este prestigioso complejo hospitalario lleva su nombre en honor al Dr. Victorino Santaella Ruiz, hijo ilustre del Estado Miranda, quien representa un orgullo para la población mirandina. Participo como firmante de la constitución nacional promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente el 5 de Julio de 1947.

Pionero de la salud y conciencia social, fue fundador del colegio de médicos del Estado Miranda. Director del hospital “Francisco Risquez”. Años mas tarde ocupó el cargo de jefe de Medicina Interna en el hospital Policlínico de los Teques hasta ser director en 1947, fue director del seguro social de Los Teques desde 1964 a 1969 y fundador de los servicios médicos del Instituto de Prevención Social del Ministerio de Educación (IPASME). Este ilustre médico falleció a los 63 años de edad en la ciudad de Caracas el 29 de Marzo de 1978, en el Centro Médico de San Bernardino.

Estructura Jerárquica y Técnico-Administrativa

- Dirección: un médico director, un médico adjunto, epidemiólogo con los correspondientes cursos de post-grado.
- Jefes de departamentos y sus adjuntos con los correspondientes cursos de post-grado, al igual que los jefes de servicios y sub. especialidades.
- Seis (6) Nutricionistas.
- Tres (3) Licenciadas en Enfermería en la jefatura del departamento.
- Administración del personal a cargo de un Licenciado en Administración comercial, economía o disciplina afín
- Servicio de Ingeniería y mantenimiento.

En el hospital se cumplen además actividades de docencia de pre y post-grado a todos los niveles y se desarrollan actividades de investigación.

Estructura Organizativa

La característica de la obra está dada por un área total de 80.000 mil metros cuadrados corresponden a la ubicación del centro asistencial y posee un área total de construcción de 74.722 metros cuadrados.

La edificación está conformada por 14 plantas, donde tiene asiento los departamentos, servicios, unidades y secciones.

Tipo de Establecimiento

El Hospital Victorino Santaella pertenece al distrito N1, Municipio Guaicaipuro del Estado Miranda. Está adscrito al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, como también al Ejecutivo Regional. Pertenece al grupo de hospitales tipo IV ya que presenta las siguientes características:

- Presta atención médica de tres niveles con proyección hacia un área regional.
- Está ubicado en una población con más de 100.000 habitantes.
- Posee una capacidad arquitectónica para 440 camas.

Estructura Funcional se encuentra

- **Dirección:** a cargo de un médico director, especialista en salud pública y amplia experiencia en dirección de hospitales.
- **Departamentos clínicos básicos:** departamento de emergencia y medicina crítica.
- **Servicios especiales.** Medicina: Cardiología, Psiquiatría, Dermatología, Neumonología, Nefrología, Medicina Física y Rehabilitación, Inmunología, Geriátrica, Medicina del trabajo, Medicina Nuclear y Genética, Ginecología.

Objetivo General

Brindar atención de Enfermería al usuario del servicio de emergencia en forma integral eficiente y oportuna desde un punto de vista holístico identificando las necesidades y problemas del usuario y su familia cuyo objetivo principal es preservar la vida.

Visión: Funcionar como un equipo multidisciplinario de la salud aplicando conocimientos, habilidades y destrezas cuando la ocasión así lo requiera.

Misión: Orientar al trabajo del usuario desde un punto de vista oolítico. Enfermería dirige sus acciones la presentación de cuidados individualizados, seguros, oportunos y continuos. De acuerdo a las necesidades identificadas y problemas del usuario como también la de sus familiares.

Mediante la aplicación del proceso de Enfermería que se proporciona al usuario con necesidades urgentes y críticas. El personal de Enfermería esta plenamente identificado con un equipo multidisciplinario de salud demostrando conocimientos, habilidades y destrezas al momento de la presentación del servicio.

Unidad de diabetes

A la unidad de diabetes se le dio apertura el 10 de enero del año 1997, fundador Dr. Freddy Contreras y por parte de enfermería la T.S.U Yenny Sanabria posteriormente queda cargo de la licenciada en enfermería María Mendoza quien tiene la especialidad de podología y diabetologia.

Es unidad cuenta:

- Medico endocrino

- Licenciada en enfermería con especialidad en podología y diabetología
- T.S.U Enfermería
- Camarera.
- Un consultorio medico
- Un consultorio para podología
- Una sala de espera.

Este servicio la podología se encarga de velar por el cuidado de los pies de los usuarios diabéticos donde se previene complicaciones en los miembros inferiores.

Objetivo general: Brindar atención de enfermería al usuario de forma integral eficiente y oportuna desde un punto de vista holístico identificando las necesidades y problemas del usuario y su familia cuyo objetivo principal es preservar la vida y su funcionamiento sigue los lineamientos de un programa de atención nacional de diabetes

Bases legales

En la presente investigación se plantean los aspectos legales a los cuales están sujetos todos los profesionales de enfermería, que laboran en el Ambulatorio La Mata, ya que todos los usuarios que ingresan al mismo, ya sea con diabetes o otras enfermedades, requieren una atención y especializada, de allí la importancia de conocer las implicaciones legales que encierran el ejercicio profesional y las dimensiones que esta conlleva dentro del equipo multidisciplinario de salud.

CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999)

Artículo 83.

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

El Estado Venezolano garantiza la salud y tendrá el deber de cumplir y hacer cumplir con las medidas sanitarias de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

ARTÍCULO 84.

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes de servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrá ser privatizado. La comunidad organizada tiene derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creara un sistema público de la salud regido por los principios de universalidad, gratuidad, solidaridad y tiene como objetivo la promoción de salud y prevención de enfermedades.

ARTÍCULO 85.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento es obligación del Estado, el cual garantizara un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de las políticas sanitarias.

LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA (2005)

ARTÍCULO 2.

A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La

esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.

4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

Este artículo se refiere al cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo que se encuentre. En la práctica y funciones en el cuidado del individuo, esta relación de interacción humana y social entre el profesional de enfermería y el paciente.

Artículo 13.

Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

1. Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.

2. Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.

3. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de

inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.

4. Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.

5. Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.

6. Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.

7. Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Los profesionales de enfermería están obligados ha, asistir a los usuarios sin ninguna discriminación, y actuar de formar acorde a la circunstancia, ejerciendo su profesión con responsabilidad y eficacia.

Artículo 14.

Son derechos de los o las profesionales de la enfermería:

1. Emitir opinión, elegir y ser elegidos en la dirección y funcionamiento de la Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería de Venezuela, Colegios de Profesionales de la Enfermería Seccionales, según se determine reglamentariamente.

2. Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesionales. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro la atención del usuario y usuarias.

3. Concursar para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas por los organismos competentes.

4. Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro la atención a los usuarios y usuarias.

5. Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, ha nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios.

Son derechos de los profesionales de enfermería realizar cursos que sean necesarios para su mayor capacitación y actualización y asistirá congresos y convenciones siempre y cuando su ausencia no ponga en peligro la vida de los usuarios.

Sistema de variables

Según Zorrilla y Torres (1992) plantean: “las variables es todo aquello que se puede medir, controlar o estudiar en una investigación”. (Pág. 62)

Variable: Calidad de vida que tienen los pacientes diabéticos.

Definición Conceptual

Según la OMS (2005), calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones” (p.4).

Cuadro N° 3 Operacionalización De La Variable

Variable: Calidad de vida en los pacientes diabéticos.

Definición Operacional

Es la evaluación realizada con respecto a la enfermedad, basada usualmente en opiniones y puntos de vista asociada a las dimensiones referidas al bienestar físico, psicológico y social.

Dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
BIENESTAR FÍSICO. Evaluación del nivel de satisfacción para realizar actividades cotidianas, mantener una nutrición y peso adecuado, así como para poner en práctica unos buenos hábitos de vida para mantener un equilibrio físico.	-Información.	- Definición	1- 2- 3-4
		-Tratamiento	5-6-7
		-Complicación	8
	-Hábitos	-acciones de auto cuidado	9
		-Alimentación/dieta	10-11-12 - 13- 14
		-Peso	15
		-Actividad física	16-17-18- 19-20
BIENESTAR PSICOEMOCIONAL. Percepción que tiene el paciente diabético en cuanto al reconocimiento, aceptación y forma de expresar sus emociones con respecto a su condición de salud, lo que le posibilita una evolución final de su salud y cuidados.	-Autoestima	-Percepción sobre sí mismo y calidad de vida	21-22-23- 24-25
		-Respecto por sí mismo	26
		- Autoestima.	27- 28
BIENESTAR SOCIAL. Percepción que tiene el paciente diabético para mantener relaciones armoniosas con los demás sin lesionar a otras personas y ser capaz de reinsertarse a su ambiente físico y social.	-Relaciones interpersonales.	-Comunicación familiar	29
		-Apoyo familiar	30-31
		-Relaciones con amigos y comunidades	32

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Diccionario terminológico de ciencias médicas (1984).

Alteración autoinmune: Es una disfunción del organismo que, por diferentes mecanismos, comienza a atacar a algún órgano y provoca una alteración de las funciones que debe realizar. En el caso de la diabetes lo que se altera son las células beta del páncreas que, en estado de normalidad, son las productoras de insulina

Cetoacidosis: Acidosis en la que se observan acumulación de grandes cantidades de cuerpos cetónicos, especialmente ácido acetoacético, ácido B-Hidroxibutírico y cetona, como es la cidosis diabética.

Coma hipoglucémico: Es la situación de pérdida de conocimiento a causa de una hipoglucemia grave

Concomitante: que acompaña, accesorios, unidos con otros. Se dice una clase de estrabismos y ciertos síntomas

Diabetes: es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce

Gangrena: Muerte de tejidos corporales. Es causada por pérdida del flujo sanguíneo, por obstrucción de las arterias, especialmente de las piernas y de los pies.

Glaucoma: Enfermedad ocular asociada con aumento de la presión dentro del ojo. El glaucoma puede lesionar el nervio óptico y causar menoscabo de la visión y ceguera.

Glicemia: presencia de azúcar en sangre. Valor normal 65- 70 a 110 mg/dl

Glicemia basal: es la cantidad de glucosa que está presente en la sangre por la mañana, en ayunas, después del descanso nocturno.

Glicemia postprandial: es la cantidad de glucosa que puede determinarse en la sangre después de haber comido. Los alimentos responsables de las elevaciones de la glucemia son aquellos que contienen hidratos de carbono.

Glucagón: Es una de las hormonas contrarregulatorias de la insulina que eleva el nivel de la glucosa en la sangre.

Glucómetro: Pequeño instrumento que ayuda a determinar la cantidad de glucosa que hay en la sangre.

Glucosa: es un monosacárido; se obtiene del desdoblamiento de los hidratos de carbono. Es el nutriente más simple contenido en los alimentos glucídicos.

Glucosuria: Presencia de glucosa en la orina.

Hiper glucemia: aumento de los niveles normales de azúcar en sangre

Hipoglicemia: disminución de los niveles normales de azúcar en sangre

Insulina: hormona pancreática que interviene activamente en el metabolismo de los Hidratos de Carbono.

Nefropatía: Enfermedad de los riñones, causada por lesiones en los pequeños vasos sanguíneos. Su evolución lleva a un mal filtrado renal.

Neuropatía: Enfermedad del sistema nervioso, con lesiones en la envoltura de las fibras nerviosas. Estas lesiones hacen que los nervios no cumplan bien con sus funciones

Polifagia es una sensación intensa de hambre.

Poliuria: es la eliminación aumentada de orina. Poliuria = Orinar mucho.

Polidipsia es tener mucha sed (el cuerpo manifiesta una sensación de sed insaciable).

Retinopatía: Lesiones de los pequeños vasos sanguíneos de la retina. La retina es una membrana, muy surcada por venas y arterias, que se encuentra en el interior del globo ocular.

Sangre capilar: Es la sangre que circula por los capilares. Se llaman capilares a las venitas de pequeño calibre.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Se describen a continuación los lineamientos metodológicos que enmarcan este estudio. Según Arias (1999) “la metodología incluye el tipo o tipos de investigaciones, las técnicas y los procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación”. Es como se realiza el estudio para responder al problema planteado.

Tipo de investigación

Tomando en consideración el fenómeno en estudio y las características del mismo, este se ubica en el nivel descriptivo, Transversal.

Al respecto Arias, F. (2006), expone: “los estudios descriptivos miden en forma independientes las variables y aun cuando no se formulan hipótesis, las primeras aparecieron enunciados en los objetivos de la investigación.” (p.126).

Asimismo Hurtado, Y. (2006) señala que busca “exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características (p. 103).

En el mismo sentido Hernández, R., Fernández, y Baptista P. (2006) afirman que los estudios descriptivos “buscan especificar la propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos y comunidades, procesos, objetos o cualquiera otro fenómeno que se someta a un análisis (p. 102).

Diseño de la investigación

Definiéndose la investigación de campo según Tamayo y Tamayo, M (1.999):

“como el procedimiento mediante el cual los datos se recogen directamente de la realidad, por lo que se denominan primarios, su valor radica en que permite cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en casos de surgir dudas.”
(p.71)

El diseño de la investigación utilizado como estrategia general para responder el problema planteado, es de campo ya que el origen y la fuente de información son vivos dados que serán personas las que forman parte de la muestra, el cual es un diseño trasversal prospectivo.

OPS “Una investigación es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo” (pág.81)

La investigación estará basada en el presente y en un tiempo determinado y se registrara la información según vayan ocurriendo los hechos. En base a las consideraciones anteriormente descritas en este estudio se aborda la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. I semestre del año 2011

Población

Según Castro, L (2002) “La población o el universo, está formado por la totalidad de los elementos que desean estudiar”. (p.62).

Para Tamayo y Tamayo, M (2001) “La población está determinada por sus características definitorias, por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo”. (p.114).

Según el servicio de epidemiología del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz, al servicio de diabetes asisten 30 pacientes a diario aproximadamente, con una estadísticas mensuales de 668 usuarios, tomando en cuenta el tercer trimestre del año (julio, agosto, septiembre) con un total de 2004 pacientes con diabetes que asisten al servicio, la cual es la población en estudio.

Muestra

Para Hernández, Fernández y Batista (2003), una muestra puede ser definida como: “un subgrupo de población”. (p212).

La muestra se extrae de una parte de la población en estudio con el fin de que represente la población total. Para esta investigación se presenta un tipo de muestreo probabilístico. Para kelinger, N. (1982) “es el método que consiste en extraer una parte (o muestra) de una población o universo, de tal forma que todas las muestras posibles de tamaño fijo tengan la misma posibilidad de ser seleccionadas” (pág. 7)

Se tomara al azar una muestra representativa del 30% de las estadísticas mensuales que equivale a 200 personas, en donde cuyas única características en común es que

sean personas diabéticas, y que asistan al servicio de diabetes del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz,

Técnica e instrumento de recolección de datos

Sabino, C. (1994) señala que:

“la investigación no tiene significado sin las técnicas de recolección de datos. Estas técnicas conducen a la verificación del problema planteado. Cada tipo de investigación determinara las técnicas utilizadas y cada técnicas establece su herramienta, instrumento o medio que será empleado”. (pag.149).

La recolección de la información se realizara mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario obteniendo los datos necesarios para los objetivos establecidos en los parámetros de este estudio, ya que se persiguen Describir la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. I semestre del año 2011

El instrumento a utilizar es un cuestionario con preguntas de selección, el cual será construido en base a la operacionalización de variables, con 32 ítems, distribuidos en V partes.

Para Hurtado, Y. (2008) el cuestionario: “consiste en un en un conjunto de preguntas relacionadas con el evento en estudio” (pág. 157)

Validación de instrumento de recolección de datos

Para Sabino (1994):

“la validez indica la capacidad de la escala para medir cualidades para la cual ha sido construida con el propósito de determinar la validez del instrumento diseñado para la recolección de información necesaria que mida la variable en función de los objetivos establecidos en el estudio”.

(Citado en Jiménez 2000) la definición de validez de instrumento la medición o recolección de datos, “Es el grado en que la clasificación o resultado de la aplicación de dicho instrumento refleja realmente lo estamos midiendo”. (p.50).

El mencionado autor señala que para él: “La validez tiene que con la concordancia entre los resultados de la prueba o el instrumento aplicado y lo que se supone que se mide”. (p.50).

Se establecerá la técnica de varios expertos de los cuales se seleccionaran tres especialistas con el siguiente perfil: un experto en metodología de la investigación y tres expertos en contenido (médico, profesional de enfermería,), se les entregara un instrumento denominado: juicio de experto para la pertinencia del instrumento, en el cual emitieran una opinión con base a los siguientes criterios: excelente, bueno, regular, deficiente.

Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos es explicada por Hernández, Fernández y Baptista (2003): “Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto y objeto, produce iguales resultados”. (p.242).

Se aplicó el estadístico El coeficiente alpha de Cronbach que se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Para calcular la confiabilidad y validez del instrumento se aplicó el cálculo del coeficiente alpha cronbach a 30 sujetos de la prueba piloto, con pacientes diabéticos que asisten al ambulatorio la mata, en los Teques, Estado Miranda dando como resultado un coeficiente de 0.76 para todo el conjunto de preguntas. Este puntaje según la escala de Pérez. (1981) se interpreta como una categoría alta en confiabilidad.

En otras palabras los resultados de este estudio piloto permite concluir que los instrumentos construidos para la presente investigación son fiables y cumplen con los criterios de validación necesaria y la prueba es apta para seguir con el próximo paso a la investigación.

Procedimiento para recolección de datos.

El procedimiento para la recolección de datos identifica los aspectos que deben incluirse en la planificación de los datos y además es una guía para la ejecución del estudio:

- Se delimitó el área de estudio mediante la presentación de un anteproyecto de investigación dirigida al tutor académico.

- Estudiado el proyecto y ubicado en la metodología se procedió a buscar un instrumento adecuado a la necesidades previstas en el proyecto.
- Se elaboro un cuestionario de 32 ítems ajustado a la necesidad del estudio y metodología cuantitativa a emplear por las investigadoras.
- Una vez construido el instrumento fue validado por expertos y luego de una prueba piloto se aplico el coeficiente alfa de Cronbach, Luego se presento de manera individual a los sujetos del estudio, indicando los objetivos y aspectos relativos en total anonimato y con la confiabilidad involucrada en el trabajo.
- Una vez lograda la aprobación de los sujetos se procedió a cubrir la cuota para recoger la muestra definitiva para su posterior análisis y tabulación.

Técnicas para el análisis de los datos

El procedimiento para el análisis de los datos se realizó a través del método de estadística descriptiva, el cual permitió cuantificar la información con el propósito de presentarla en cuadros, en función de los descriptivos, frecuencias y porcentajes. Se procedió a tabular los datos, vaciando los mismos en un matriz de doble entrada, ítems por ítems, a fin de cuantificarlo y darle sus datos estadísticos, para poder realizar los análisis en base a los objetivos propuestos y la variable en estudio: la presentación se hace en cuadros que reflejan datos cualitativos y cuantitativos utilizando las estadísticas: frecuencia absoluta y porcentual.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente informe se muestran los resultados obtenidos del cuestionario aplicado las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda.

Los resultados fueron analizados en forma cuantitativa y cualitativa. La información recolectada fue vaciada en tablas de doble entrada. De acuerdo a esto se requiere primeramente el análisis cuantitativo, el cual recoge las frecuencias y tendencias porcentuales de las respuestas a los ítems, seguido a esto se efectúa el análisis cualitativo fundamentado en datos ofrecidos por la población encuestada en contraste con las teorías trabajadas y con las propias apreciaciones del investigador.

Estos resultados ofrecen una aproximación a la realidad en torno a los factores estudiados: bienestar físico, psicoemocional, y social, así como su disponibilidad para acudir a la presentación de un programa educativo sobre la diabetes y sus cuidados para mejora y llevar una mejor calidad de vida.

Resultado.

A continuación se presenta el análisis de los resultados más significativos, obtenidos luego de la recolección de los datos en el II Trimestre del año 2011 relacionada a la calidad de vida de personas diabéticas que asisten al Hospital Dr. Victorino Santaella Ruiz en Los Teques.

Variable sociodemográfica.

Los resultados de la composición sociodemográfica, se colocan en la tabla No. 1, aquí se observan que según el criterio de edad de la población en estudio constituida por 200 personas de ambos sexos. Los rasgos de acuerdo al factor **edad** se encuentra que el 64% tiene entre 19 y 59 años, el 30% tienen más de 60 años y el 6% poseen entre 12 y 18 años.

En cuanto a la variable del sexo la muestra definitiva estuvo constituida por 104 hombres (52%) y 96 mujeres (48%). Ver tabla N° 2.

En la tabla N°3 de acuerdo al criterio estado civil, los solteros representaron el 51%, casados el 34%, viudos 12% y 4 % divorciados.

En la tabla N° 4, referido al factor nivel académico, el 34% eran bachilleres, el 30% habían alcanzado la educación primaria, 18% secundaria, 14% T.S.U y 4% de la categoría otros.

En la tabla N° 5, referida a la variable ocupación, el 55 % refieren que trabajan y el 45% que no trabaja.

En la Tabla N° 6 referida a información sobre hijos el 80% manifestó tener hijos, mientras que el 20% refirió que no.

En la tabla N° 7 en relación a la información de peso y talla (masa corporal), el 64% evidenció tener un peso normal, 32% tenían sobre peso, y 4% estaban bajos de peso.

En Tabla N° 8 del total de pacientes estudiados el 64 % tenían la tensión arterial, dentro de los límites normales, mientras que 16% se encontraban fuera de los límites normales.

Tabla N° 9 el 82% tenían la glicemia dentro de los límites normales.

Tabla N° 10 el 71% de los pacientes estudiados, tenían más de 10 años con diabetes, y el 28% tenían menos de 10 años diagnosticados con diabetes.

Tabla N° 11 el 68% padecen de diabetes mellitus Tipo 2, el 31% con diabetes mellitus Tipo 1 y el 1% con diabetes gestacional.

Tabla N° 12 en relación a la información sobre el tiempo de última consulta, el 61% de los pacientes generalmente acuden a su consulta cada 3 meses, mientras que un 39% no lo hacen regularmente.

Tabla N° 13 sobre la información sobre el tipo de tratamiento, el 92% tienen indicado dieta, el 55% beben realizar ejercicios, el 48% cumplen con una medicación oral, el otro 24% con una medicación inyectada, mientras que un 16% cumplen con una medicación mixta.

Tablas N° 14 y 15 referido a la información sobre la existencia de complicaciones el 71% manifestó que han presentado complicaciones y un 29 % que no, en donde el 45% manifestó neuropatías, un 33 retinopatías y un 22 nefropatías.

Tabla No. 1 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre las edades

EDAD	F	%
12 a 18	11	6,0
19 a 59	129	64,0
más de 60	60	30,0
TOTAL	200	100,0

F= Frecuencia

%= Porcentaje

Gráfico No. 1 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre las edades

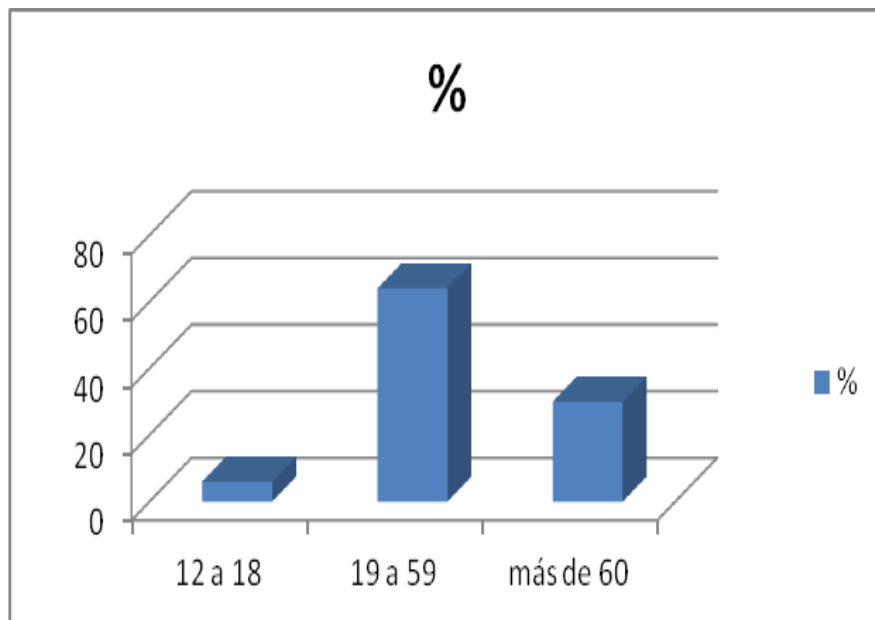


Tabla No. 2 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el sexo- Información sobre el sexo.

SEXO	F	%
Masculino	104	52,0
Femenino	96	48,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 2 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el sexo.

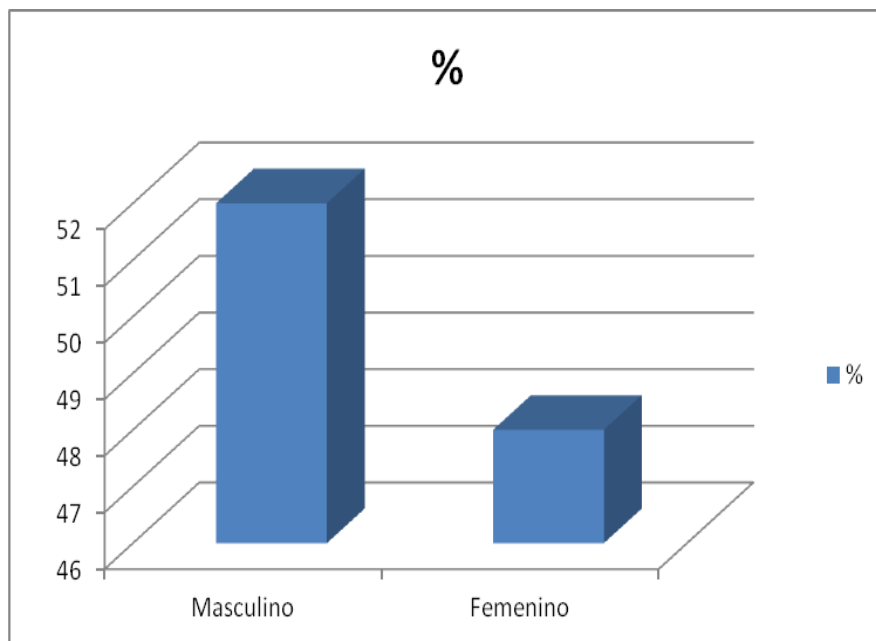


Tabla No. 3 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el estado civil.

ESTADO CIVIL	F	%
Solteros	102	51,0
casados	68	34,0
Viudos	25	12,0
divorciados	5	3,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 3 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el estado civil.

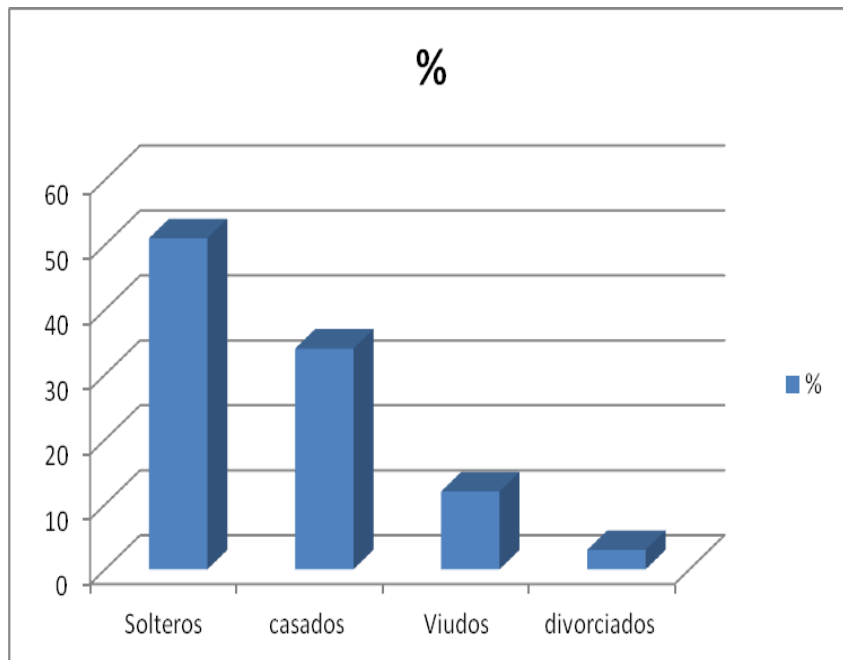


Tabla No. 4 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el Nivel Académico.

NIVEL ACADÉMICO	F	%
Primaria	59	30,0
Secundaria	36	18,0
Bachiller	68	34,0
Técnico superior universitario.	28	14,0
Otros	9	4,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 5 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el Nivel Académico.

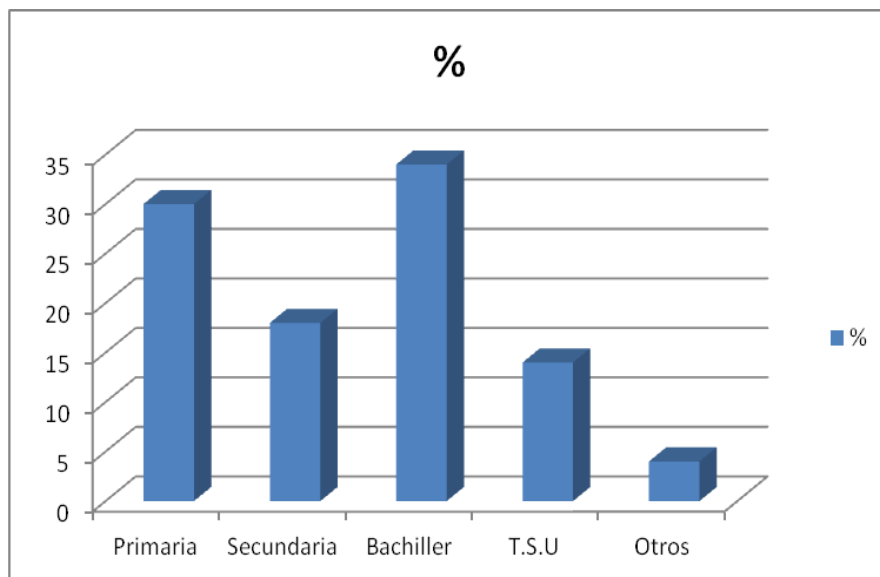
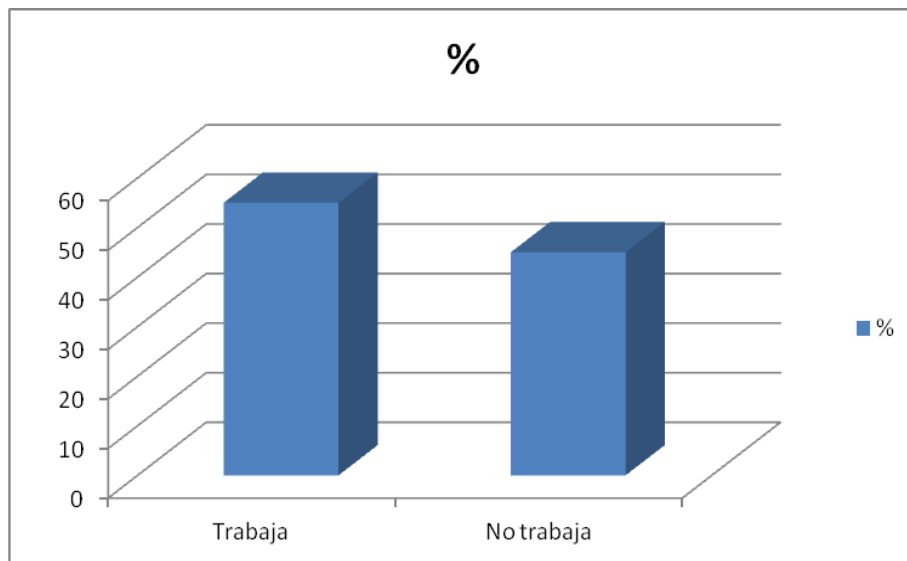


Tabla No. 5 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre la ocupación.

OCUPACIÓN ACTUAL	F	%
Trabaja	110	55,0
No trabaja	90	45,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 5 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre la ocupación.



**Tabla No. 6 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información
los hijos**

TIENE HIJOS	F	%
Sí	160	80,0
No	40	20,0
TOTAL	200	100,0

**Gráfica No. 6 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre los
hijos**

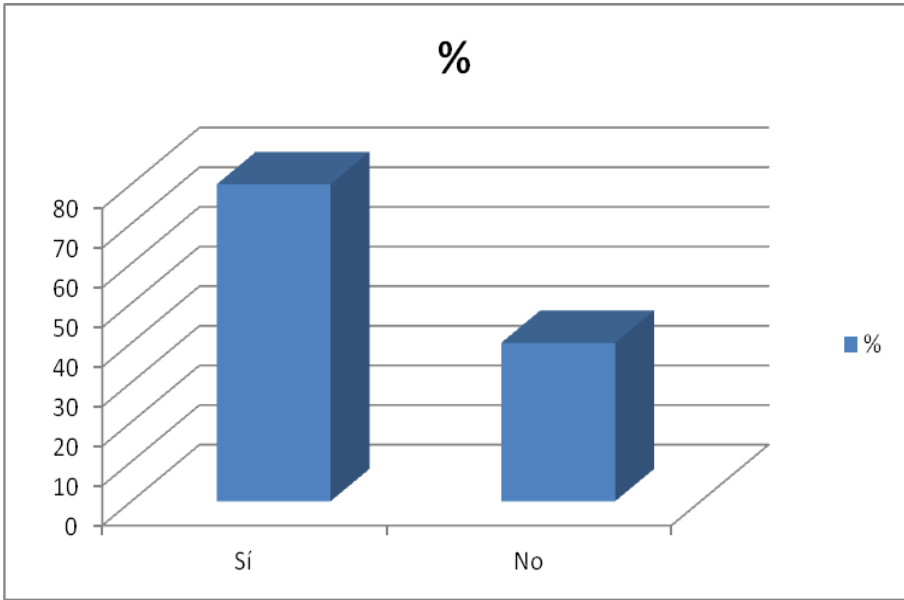


Tabla No. 7 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre relación entre peso y talla (masa corporal).

MASA CORPORAL	F	%
Normal	128	64,0
Bajo peso	8	4,0
Sobre peso	64	32,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 7 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre relación entre peso y talla (masa corporal).

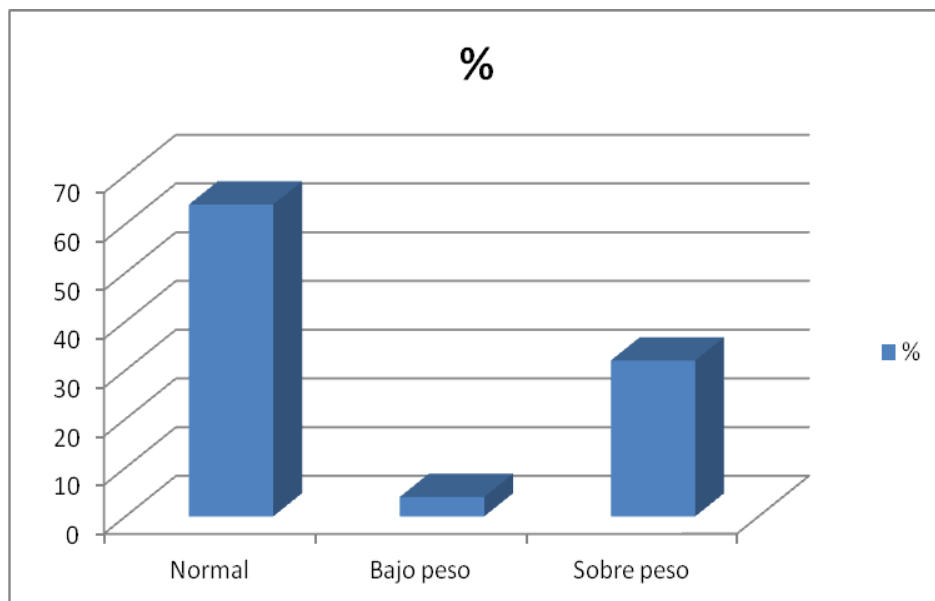


Tabla No. 8 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tensión Arterial.

TENSIÓN ARTERIAL	F	%
Dentro de límites normales	169	84,0
Fuera de límites normales	31	16,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 8 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tensión Arterial.

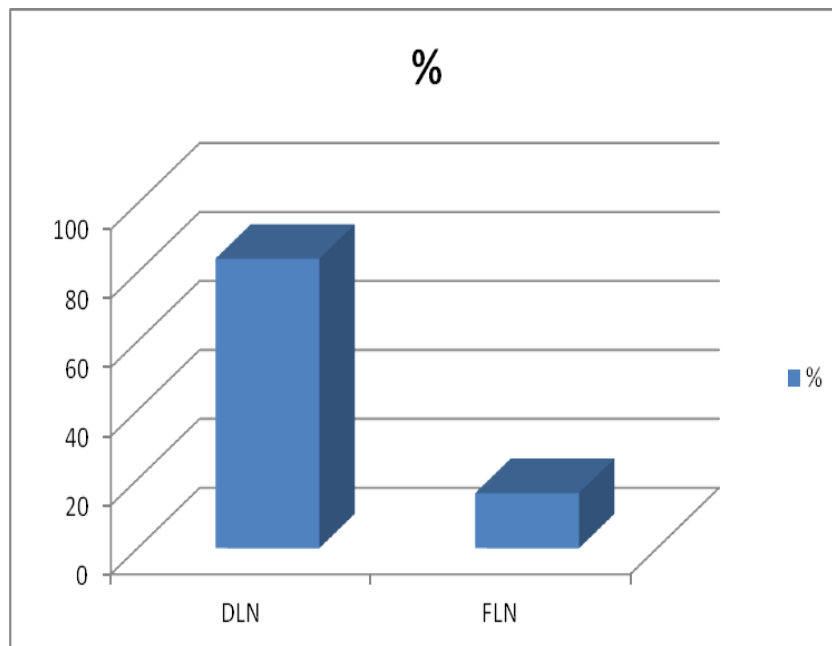


Tabla No. 9 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Niveles de Glicemia.

GLICEMIA	F	%
Dentro de límites normales	162	81,0
Fuera de límites normales	38	19,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 9 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Niveles de Glicemia.

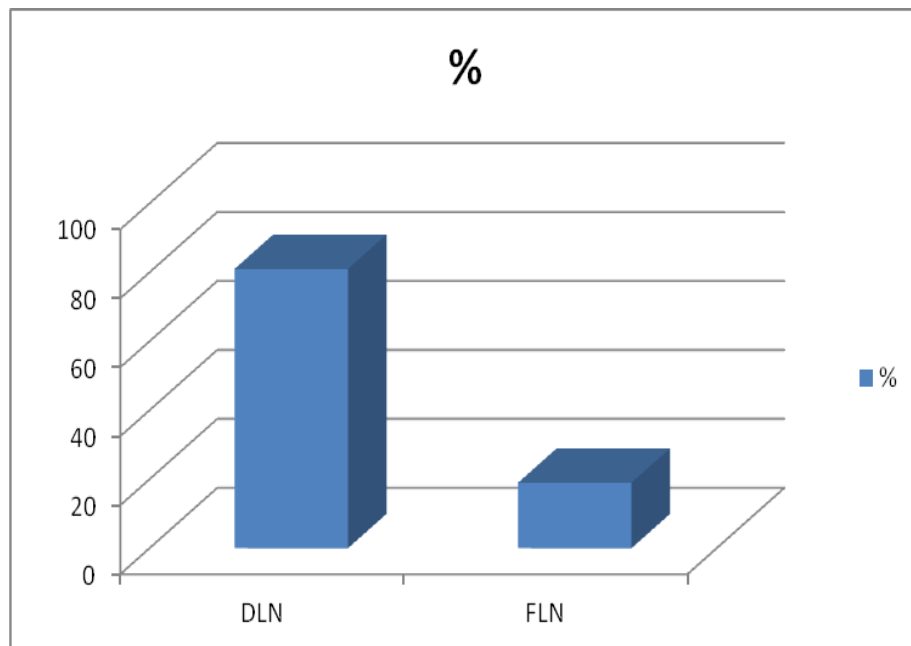


Tabla No. 10 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tiempo de Diagnóstico.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	F	%
< 10 años	143	72,0
> 10 años	57	28,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 10 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tiempo de Diagnóstico.

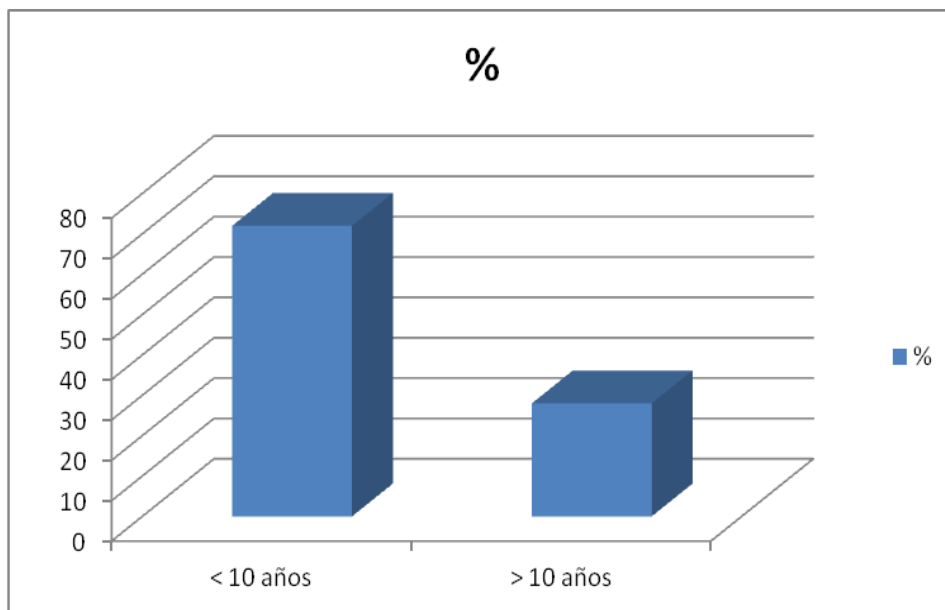


Tabla No. 11 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre Tipo de diabetes.

TIPO	F	%
Tipo 1	51	26,0
Tipo 2	147	73,0
Gestacional	2	1,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 11 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre Tipo de diabetes.

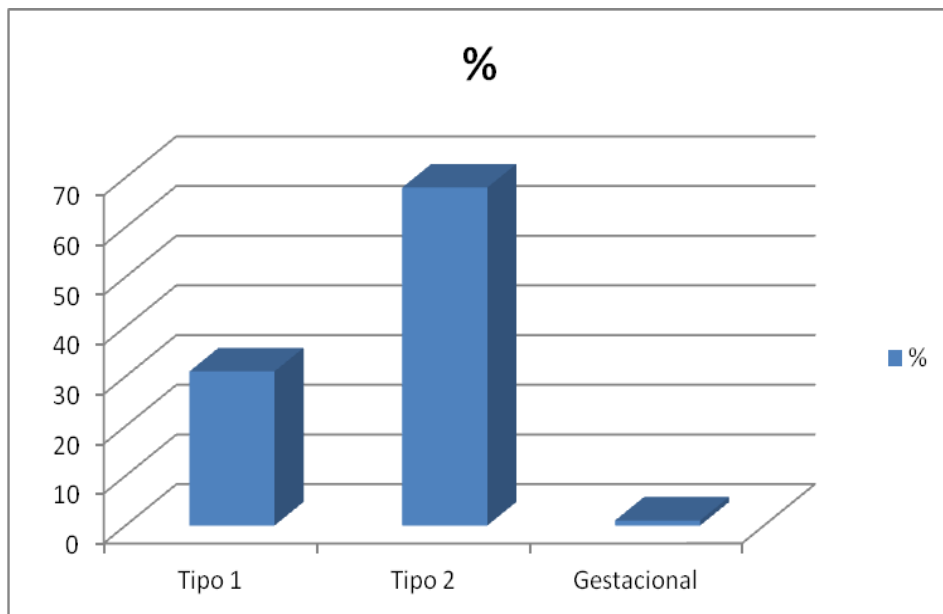


Tabla No. 12 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre el Tiempo de última consulta.

TIEMPO DE CONSULTA	F	%
3 meses	122	61,0
> 3 mese	78	39,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 12 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre el Tiempo de última consulta.

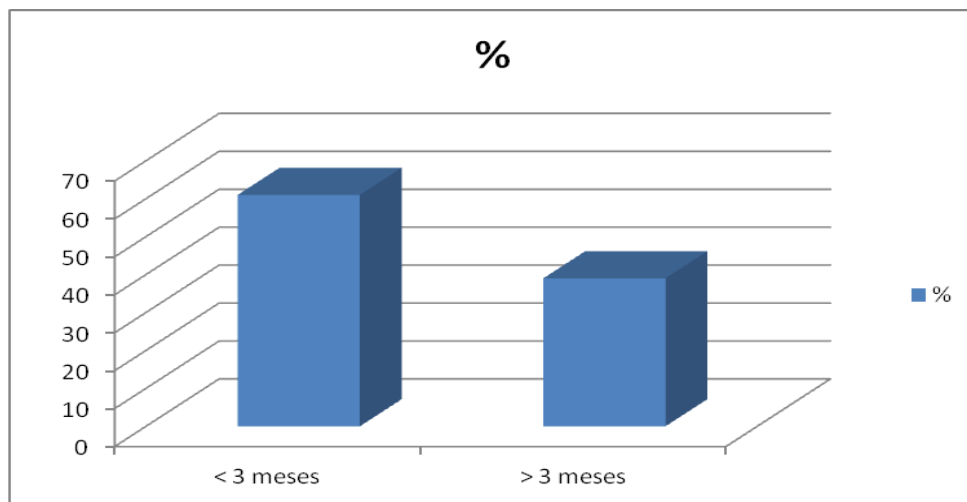


Tabla No. 14 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre la existencia de complicaciones.

Complicaciones	F	%
Si	142	71,0
No	58	29,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 14 Distribución del porcentaje respecto a la información sobre la existencia de complicaciones.

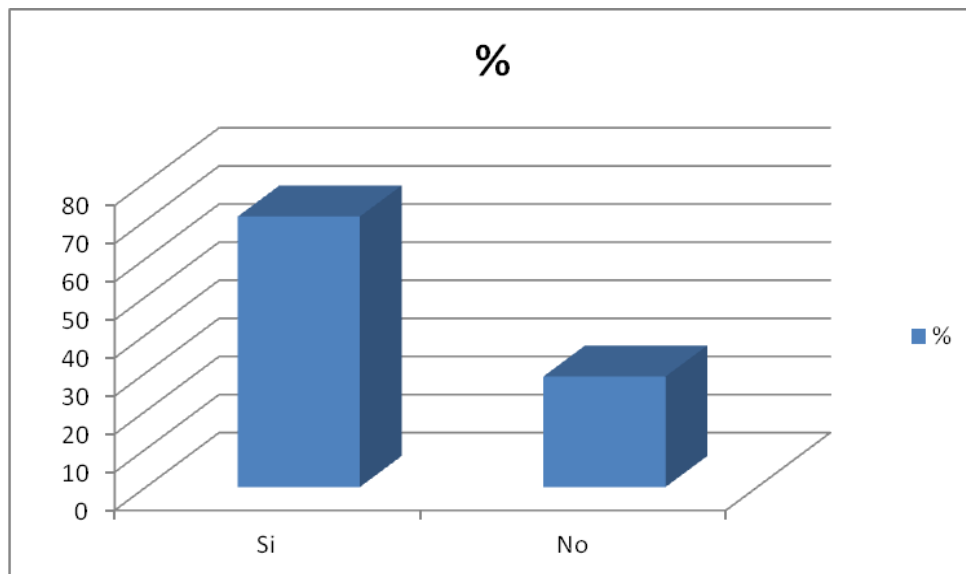
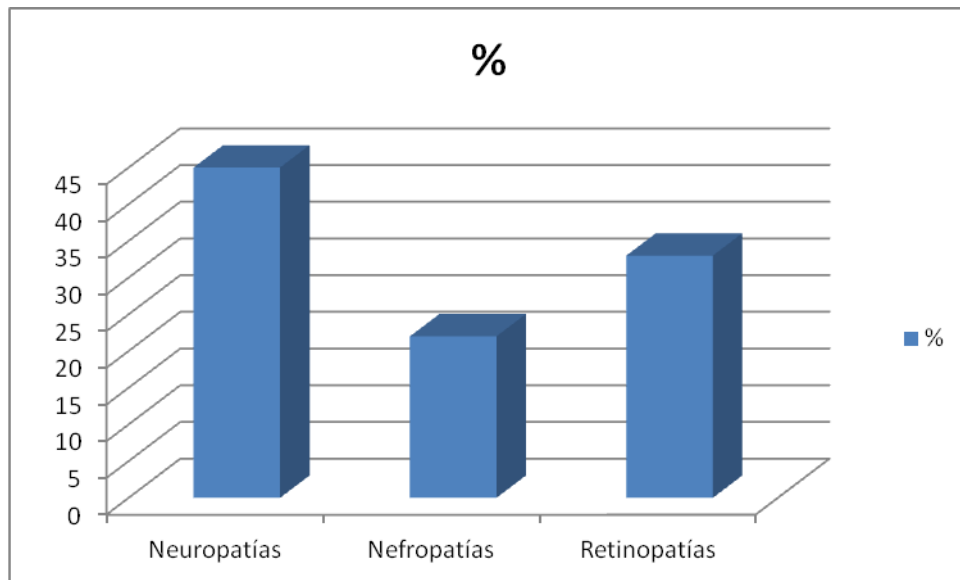


Tabla No. 15 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre las complicaciones más frecuentes en pacientes diabéticos.

COMPLICACIONES	F	%
Neuropatías	90	45,0
Nefropatías	44	22,0
Retinopatías	66	33,0
TOTAL	200	100,0

Gráfica No. 15 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información sobre las complicaciones más frecuentes en pacientes diabéticos



En la tabla N° 16 sobre la información que maneja el paciente sobre su enfermedad, el 39% eligió la categoría **nada** al preguntarles si revisan sus pies, el 34% eligió la categoría **poco** ante la interrogante de si poseen información sobre la diabetes y un 33% eligió la misma categoría respecto al ítems conoce los beneficios de la insulina para el paciente diabético, el 34% optó por la categoría **regular** acerca de si el médico le suministra información detallada y suficiente en cada consulta. En el ítems No. 8 consideran que necesitan mayor información acerca de la diabetes para mejorar su calidad de vida, un 34% respondió que **bastante** y un 42% respondió que **mucho**.

Tabla No. 16 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a la información que maneja el paciente sobre su enfermedad.

N°	Ítems	Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Posee información sobre la diabetes?	27	13,0	67	34,0	55	28,0	33	16,0	18	9,0	200	100,0
2	¿La diabetes puede afectar al riñón, los ojos, la circulación y los pies?	22	11,0	23	12,0	43	21,0	61	31,0	51	25,0	200	100,0
3	¿La diabetes es curable?	45	23,0	41	20,0	60	30,0	24	12,0	30	15,0	200	100,0
4	¿Tiene conocimiento de los medicamentos que recibe para tratar su diabetes?	22	11,0	58	29,0	60	30,0	30	15,0	30	15,0	200	100,0
5	¿Conoce los efectos y beneficios de la insulina para el paciente diabético?	33	16,0	66	33,0	60	30,0	26	13,0	15	8,0	200	100,0
6	la medicina natural (te, plantas, raíces, etc.) es la mejor opción para controlar la diabetes	36	18,0	60	30,0	48	24,0	33	17,0	23	11,0	200	100,0
7	Revisa sus pies?	78	39,0	54	27,0	40	20,0	18	9,0	10	5,0	200	100,0
8	¿Considera que necesita mayor información acerca de la diabetes para mejorar su calidad de vida?	10	5,0	17	8,0	14	7,0	76	38,0	83	42,0	200	100,0
9	¿Considera que el médico le suministra información detallada y suficiente en cada consulta?	6	3,0	35	17,0	68	34,0	50	25,0	41	21,0	200	100,0

Gráfica No. 16 Distribución del porcentaje respecto a la información que maneja el paciente sobre su enfermedad.

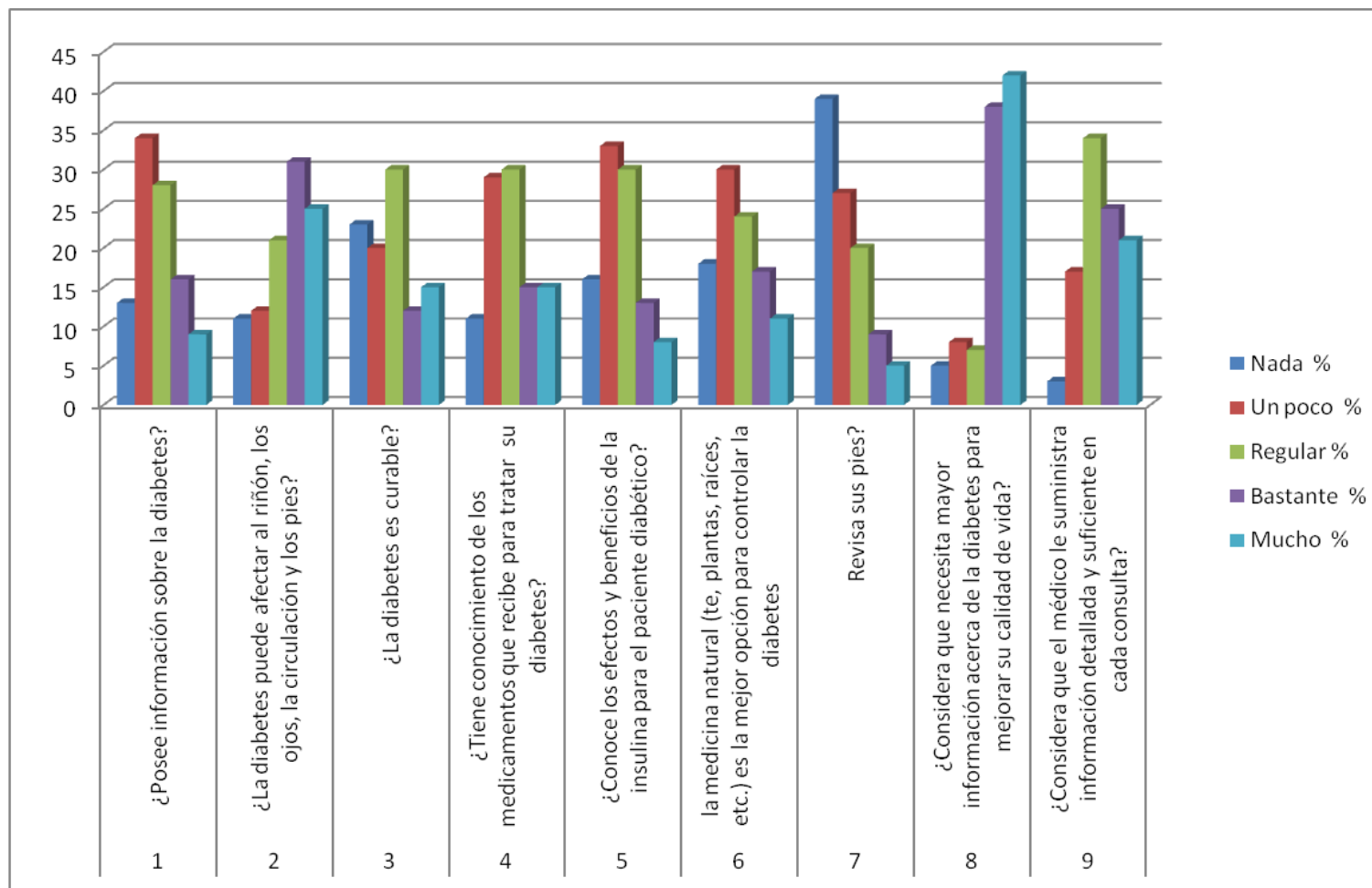


Tabla No. 17 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto a los hábitos alimenticios que lleva el paciente diabético para mantener el equilibrio físico.

N°	Ítems	Nunca		Solo una vez		Algunas veces		Casi siempre		siempre		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10	¿Cumple con una dieta especial?	49	25,0	46	23,0	42	21,0	41	20,0	22	11,0	200	100,0
11	¿Utiliza sustitutos de la azúcar refinada?	50	25,0	34	17,0,	41	20,0	36	18,0	39	20,0	200	100,0
12	¿Establece horarios fijos de comida para tomar sus alimentos?	50	25,0	31	16,0	45	23,0	35	17,0	39	19,0	200	100,0
13	¿Realiza sus tres comidas diarias y sus tres meriendas correspondientes?	44	22,0	42	21,0	46	23,0	38	19,0	30	15,0	200	100,0
14	¿La persona diabética que toma pastilla o se inyecta insulina, necesita hacer dieta?	35	17,0	30	15,0	35	18,0	40	20,0	60	30,0	200	100,0
15	¿Vigila su peso?	34	17,0	28	14,0	63	32,0	42	21,0	33	16,0	200	100,0

Gráfica No. 17 Distribución del porcentaje respecto a los hábitos alimenticios que lleva el paciente diabético para mantener el equilibrio físico.

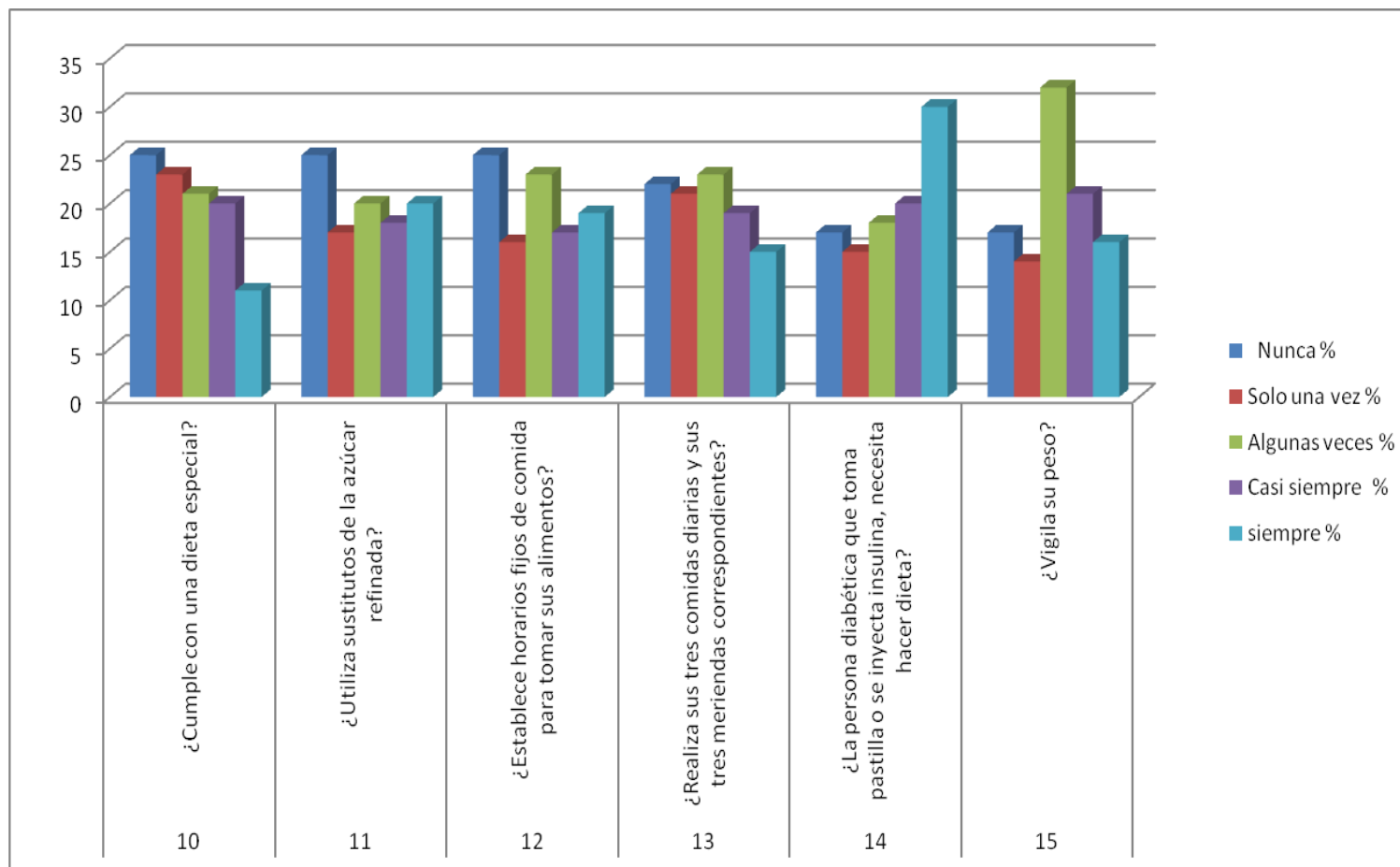


Tabla No. 18 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción para realizar sus actividades cotidianas.

N°	Ítems	Nada		Muy poco		Moderado		Bastante		Mucho		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
16	¿Camina por lo menos 30 minutos diarios?	46	23,0	30	15,0	52	26,0	40	20,0	32	16,0	200	100,0
17	¿Realiza esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes?	56	28,0	48	24,0	50	25,0	22	11,0,	24	12,0	200	100,0
18	¿Cree usted que su estado de salud actual, le limita para realizar sus actividades cotidianas?	35	18,0	30	15,0	37	18,0	48	24,0	50	25,0	200	100,0
19	¿Tienes dificultades para realizar sus actividades cotidianas, desde su diagnóstico de diabetes?	35	17,0	34	17,0	34	17,0	44	22,0	53	27,0	200	100,0
20	¿Se siente fatigada (o) a causa de su enfermedad?	26	13,0	39	20,0	31	15,0	38	19,0	66	33,0	200	100,0
21	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo y a sus actividades cotidianas?	30	15,0	32	16,0	28	14,0	63	32,0	47	23,0	200	100,0

Gráfica No. 18 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción para realizar sus actividades cotidianas.

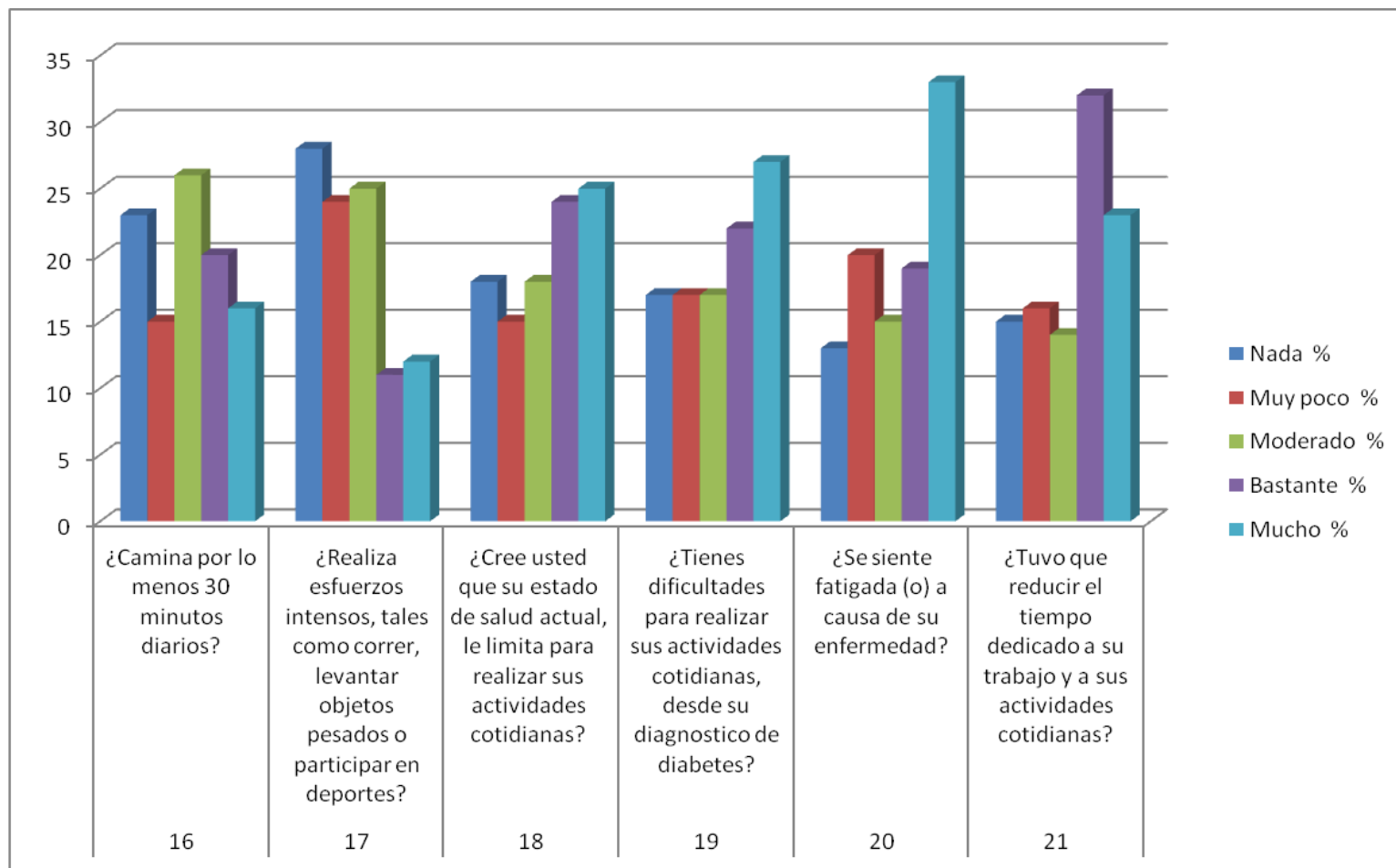


Tabla No. 19 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción emocional referente a su condición de salud.

N°	Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Casi siempre		siempre		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22	¿Se siente cómoda consigo misma?	26	13,0	11	5,0	50	25,0	57	29,0	56	28,0	200	100,0
23	¿Sientes respecto por los demás?	8	4,0	7	3,0	18	9,0	60	30,0	107	54,0	200	100,0
24	¿Está usted satisfecha (o) con la apariencia de su cuerpo?	36	18,0	39	19,0	50	25,0	47	24,0	28	14,0	200	100,0
25	¿Está sometido a situaciones de tensión o estrés?	11	5,0	16	8,0	54	27,0	54	27,0	65	33,0	200	100,0
26	¿Le incomoda hablar de su enfermedad con otras personas?	43	22,0	36	18,0	41	20,0	39	19,0	41	21,0	200	100,0
27	¿Se ha sentido triste o deprimida por ser una persona diabética?	29	14,0	28	14,0	40	20,0	50	25,0	53	27,0	200	100,0
28	¿Cree que se enferme con mayor facilidad que otras personas?	19	9,0	28	14,0	34	17,0	47	24,0	72	36,0	200	100,0

Gráfica No. 19 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción emocional referente a su condición de salud

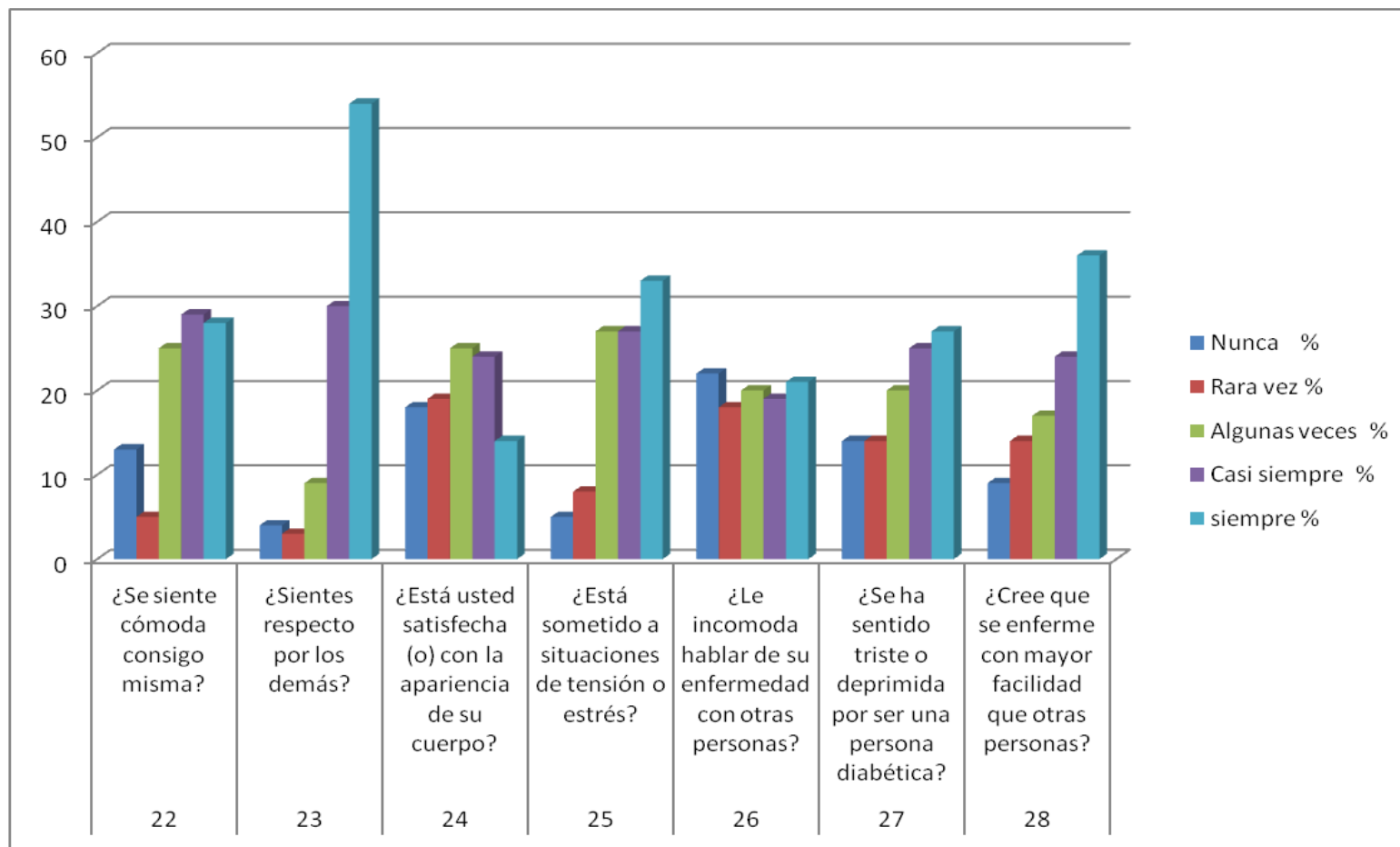
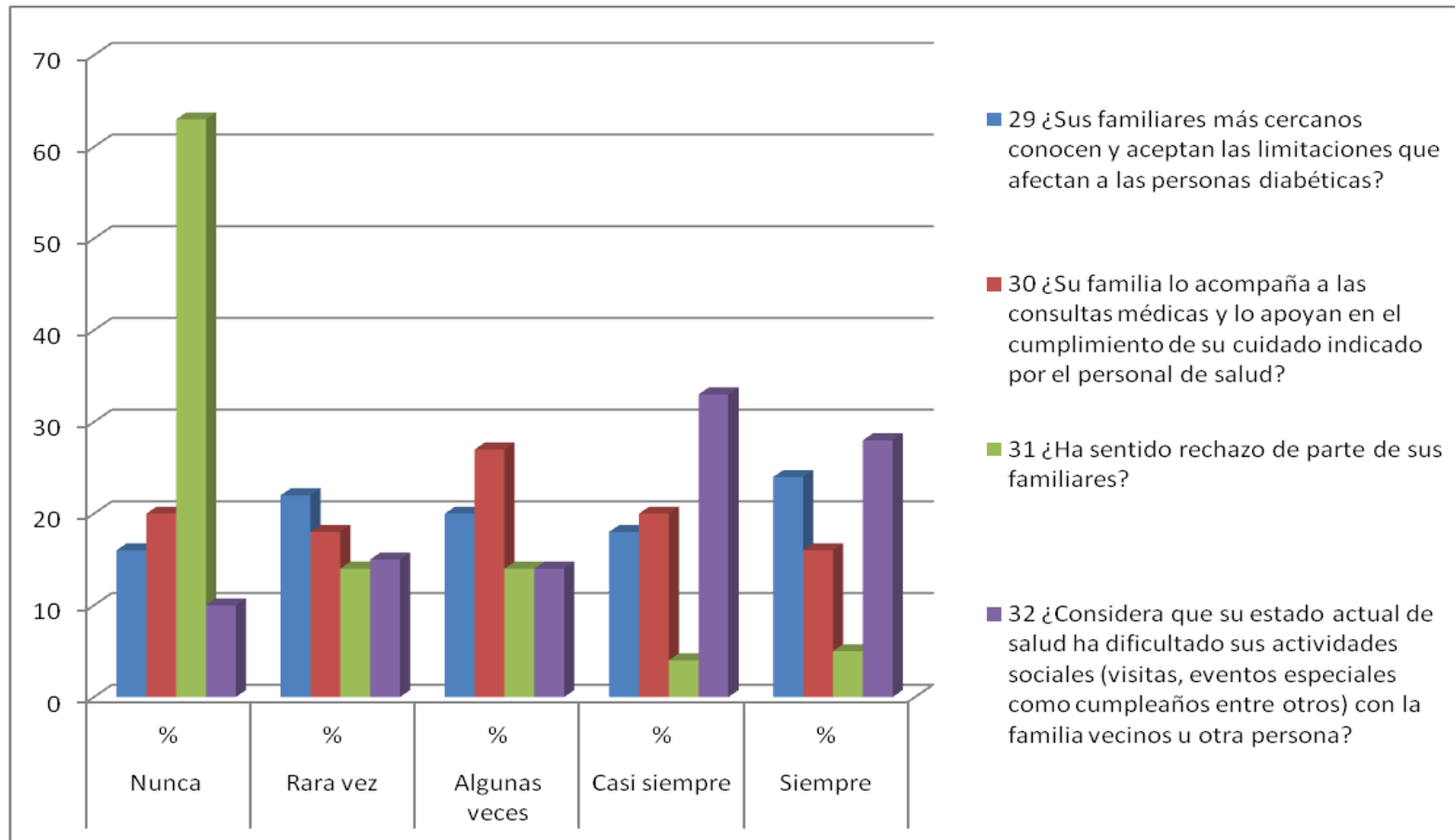


Tabla No. 20 Distribución de la frecuencia y porcentaje respecto al nivel de satisfacción para mantener relaciones amorosas con los demás.

N°	Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Casi siempre		siempre		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
29	¿Sus familiares más cercanos conocen y aceptan las limitaciones que afectan a las personas diabéticas?	33	16,0	43	22,0	39	20,0	37	18,0	48	24,0	200	100,0
30	¿Su familia lo acompaña a las consultas médicas y lo apoyan en el cumplimiento de su cuidado indicado por el personal de salud?	39	20,0	35	18,0	53	27,0	40	20,0	33	16,0	200	100,0
31	¿Ha sentido rechazo de parte de sus familiares?	126	63,0	28	14,0	27	14,0	8	4,0	11	5,0	200	100,0
32	¿Considera que su estado actual de salud ha dificultado sus actividades sociales (visitas, eventos especiales como cumpleaños entre otros) con la familia vecinos u otra persona?	20	10,0	30	15,0	29	14,0	66	33,0	55	28,0	200	100,0

Gráfica No. 20 Distribución del porcentaje respecto al nivel de satisfacción para mantener relaciones amorosas con los demás.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tomando en consideración los objetivos de la investigación y basándose en el estudio bibliográfico, se puede decir que:

En Venezuela en las últimas décadas son innumerables los adelantos de la ciencia y la tecnología pero contrarresta una situación política y económica inestable que tiene gran influencia en las condiciones de vida de personas con problemas de salud como en el caso de la diabetes.

El estudio de la calidad de vida en pacientes con diabetes, refleja la percepción del estado de salud y la asociación de variables sociodemográficas y clínicas del paciente, sobre cómo les afecta la enfermedad, en su bienestar físico mental y social.

Con respecto a la información que manejan los pacientes sobre la diabetes mellitus en relación a los datos obtenidos, muestran que muchos manejan un nivel bajo de información, ya que muy pocos aplican los cuidados correspondientes para evitar complicaciones, siendo las más predominante las úlceras, que en muchas ocasiones terminan en amputación, debido al poco cuidado que llevan. Las afecciones más frecuentes se presentan en los pies, viéndose éstos afectados por la falta de sensibilidad en los miembros inferiores debido a una neuropatía que provoca disminución de la irrigación sanguínea que provocan anomalías en los mismos. Lo que quiere decir que los usuarios aún cuando comprenden la importancia del cuidado, sólo un mínimo porcentaje aplica las medidas preventivas, como llevar una buena alimentación, realizar ejercicios, mantener una buena higiene en los pies, ya que estas

personas; debido a no manejar una buena información y llevar un control periódico de su fisiopatología su expectativa de vida se ve reducida.

Hoy en día, si el paciente mantiene objetivos definidos de buen control, tienen menos posibilidades de presentar complicaciones, y en caso de que esto suceda, las posibilidades de vivir más y adecuadamente son reales, siempre y cuando empiecen a cumplir con los objetivos propuestos por el personal de salud respecto a los cuidados especiales del paciente diabético.

Sin educación no hay aceptación, el paciente diabético, debe entender a profundidad lo que es su enfermedad, tratamiento, complicaciones que se pueden presentar y cómo evitarlas; y en caso que se presenten, deben aprender a enfrentarlas con optimismo. Los avances e investigación, el uso de nuevos medicamentos o procedimientos y los métodos de autocontrol son perceptibles día a día. Mientras en mejor estado se encuentre la persona diabética, más seguridad tendrá de mantenerse libre de complicaciones y podrá estar a la espera, con tranquilidad, a que aparezca un tratamiento más efectivo o una eventual curación.

Recomendaciones:

Esta es la etapa final del trabajo, donde se incorpora como sugerencia una serie de acciones que debe llevar a cabo el usuario para mejorar su calidad de vida.

- Para llevar una satisfactoria calidad de vida, es necesario saber cómo hacerlo, para esto se requiere ciertas capacidades, conocimientos y estrategias, también precisa de una disposición favorable, de voluntad y motivación suficiente para poner en marcha los recursos necesarios que garanticen un aprendizaje eficaz. Es evidentemente necesario que la persona diabética posea conocimientos

básicos del autocuidado, para evitar y disminuir complicaciones o para detectarlas con antelación.

- Se sugiere la conveniencia de implantar talleres, charlas, boletines y/o carteleros que ofrezcan información sistemática, especialmente sobre el autocuidado, además de proporcionar orientaciones personalizadas por parte de equipo de salud, todo ello con la finalidad de incrementar el conocimiento de los mismos para que logren aclarar dudas y recibir nuevos aportes que ayuden a superar obstáculos y/o anomalías que generalmente suelen suceder.
- Se recomienda un control periódico con podólogos como tratamiento integral, debido a que su condición los hace más propensos a sufrir de úlceras que posteriormente pueden provocar la amputación del pie, ya que se considera a este grupo de personas más vulnerables de sufrir de anomalías en los miembros inferiores se sugiere concientizar y sensibilizar al usuario sobre la importancia que tiene el cuidado diario de los pies.
- Finalmente al personal de enfermería, se le recomienda brindar una buena atención y apoyo emocional tanto a los pacientes como a los familiares y que siga utilizando el proceso de atención de enfermería como herramienta de trabajo porque es valiosísimo; tanto para el rendimiento, como para la eficacia y calidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arias, Frídas (1999) El proyecto de investigación. 5ta edición. Caracas.
- Camejo, M. (1994). Manual clínico para médicos generales. Programa Nacional de diabetes del ministerio de sanidad y asistencia social
- Canales F., Alvarado E., Pineda E.(1994) metodología de la investigación. 2da Edición. Organización Panamericana de la salud.
- Carperito, L. (1994). Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Diagnostico de enfermería y problemas asociados. Caracas: interamericana, mcgraw-hill
- Castro (2001) Metodología de la investigación. 3ra edición. Colombia: editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- Chacin, I. (1999). Unidos contra la diabetes. Publicaciones de la Unidad de diabetes Del hospital Vargas. Caracas: primera Impresión, litopan, C.A. graficas.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) capitulo V de Los derechos sociales y de las familias. Artículos 83, 84, 85
- Coopersmith (1967) Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- De los Ríos J. y Otros. (2004) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus Tipo 2. Rev. Medica IMSS; 42 (2):109-116, Universidad Autónoma de México.

Diccionario terminológico de ciencias medicas.(1984) 12ª edición. Salvat.

Elbayeh ML.(2007). Influencia de los recursos y la funcionalidad familiar en la atención del paciente diabético. Trabajo de Grado para Especialista en Medicina Familiar. Postgrado de Medicina de Familia. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Fernández López N. (2001) Comunicación Terapéutica. Rev. Federación Española De Asociaciones de Educadores en Diabetes. Nº 0. Madrid, España.

Gaitán Enríquez J.(2001) Perfil del Educador. Rev. Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes. Nº 0 . Madrid, España.

Groos Richard (2000) psicología: la ciencia de la mente y la conducta. Editorial el Manual moderno. México

Guzmán R. y Silva P. (2006). Psicodiabetes: Enfoque Biopsicosocial. PSICOM Editores, Bogotá, Colombia

Hernández, R., Fernández C. Y Batista P (2003) metodología de la investigación. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

Hurtado Jacqueline. (2008). El proyecto de investigación. Sexta edición. Ediciones Quirón. Caracas- Venezuela.

Kenlinger, N. F. (1982) Investigación del comportamiento, técnica y metodología. Segunda edición en español. Interamericana, Mexico.

Keyes, C. y Shapiro, A. (1998) Social well-being in the United States: Descriptive epidemiology. En O. Brim, C. Ryff y R. Kessler (eds.): Midlife in The United States. Chicago: University of Chicago Press.

Kozier, B., (2005) Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. Editorial: McGraw-Hill Interamericana. N^o Volúmenes: 2, N^o Edición: 7. España- Madrid

Ley Del Ejercicio Profesional De La Enfermería. (2005) Capítulo I Disposiciones Generales. Artículo 2

Ley Del Ejercicio Profesional De La Enfermería. (2005) Capítulo IV De los Deberes y Derechos de los o las profesionales de la Enfermería. Artículo 13,14

Martínez, L. (2007). Prevalencia de diabetes en personas de 40 años o más. Trabajo de Grado para Especialista en Medicina. Universidad Central de Venezuela: Caracas.

Marroquín M y Villa A. (1995) La Comunicación Interpersonal. Medición y Estrategias para su desarrollo. Bilbao: Mensajero

Monjas (1999) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para Niños y niñas en edad escolar (PEHIS). Madrid: CEPE.

Nordmart Madeyn y Rohweder Anne (2001) Bases científicas de enfermería. Editorial el Manual Modelo México.

Organización Mundial de la Salud (OMS).(2005). Prevención de Diabetes Mellitus. Publicación Científica. Ginebra: OMS.

Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. En Revista de Estudios Sociales. Uniandes N° 18, Agosto de 2004.

Ponce González (2006). La Diabetes: luces y sombras en el camino. Tesis de Grado. Universidad de los Andes: Mérida, Venezuela

Robles García, R. y Otros. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Universidad Autónoma de México, México.

Reeve,J. (1994) motivación y emoción. Mc Graw- Hill. Madrid.

Sabino (1994) como hacer una tesis. Caracas. Panapo.

Schalock Robert L. (2003) Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial.

Villareal V., Pedraza C. y Lerma R. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL, Julio-Septiembre, Año/Vol VIII N°003, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Volkening G. y Laffel V. (2006). Calidad de vida en jóvenes con diabetes: un desafío para la comunidad médica. Joslin Diabetes Center, Boston, EE.UU.

Zorrilla y Torres (1992) Guía para elaborar la tesis. México. Mc Graw Hill

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Ponce González, J. M^a.(2006) La diabetes: luces y sombras en el camino. Relato Biográfico de una paciente. Index Enferm. [online], vol. 15, no. 52-53 [citado 2009/11/23\$] Disponible.:en:<<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S113212962006000100013&lng=es&nrm=iso>>. ISSN 1132-1296

Salas R. M. y Vargas F. E.(1998) Labor de la enfermera en el control del paciente diabético. Rev Cubana Enfermería. [online], vol.14, no.2 [citado 06/11/2009], p.131-135. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191998000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

Instrumento de recolección de datos

Al entrevistado:

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información para el trabajo de Grado, cuyo objetivo es: Describir la Calidad de vida que tienen las personas diabéticas, que asisten al servicio de diabetes Del Hospital “Dr. Victorino Santaella Ruiz”. Los Teques, Estado Miranda. II semestre del año 2011.

Debido a la importancia que reviste su opinión, los datos suministrados serán tratados confidencialmente, por lo tanto sus repuestas deben ser emitidas en forma clara y precisa de acuerdo a las opciones sugeridas.

CUESTIONARIO PARTE I

Nº de cuestionario _____

DATOS PERSONALES

Edad: ____ **Sexo:** F ____ M ____

Estado civil: soltera ____ casada ____ divorciado (a) ____ viudo (a) ____

Nivel académico: Primaria ____ Secundaria ____ Bachiller ____ Técnico superior universitario ____ otros ____

Ocupación _____ **Número de hijos** _____

VALORACIÓN DEL ENCUESTADOR

Peso_____ Talla_____ Tensión Arterial_____ Glicemia capilar

Tiempo de diagnostico de la diabetes_____

¿Qué tipo de diabetes padece?

Tipo 1 _____ Tipo 2_____ Gestacional _____

Hace cuanto tiempo fue su última consulta para el control de su diabetes_____

¿Cuál es el tratamiento que tiene indicado para su diabetes?

1. Dieta
2. Ejercicios
3. Medicación oral
4. Medicación inyectable
5. Medicación mixta

¿Ha presentado alguna complicación relacionada con la diabetes?

SI___ NO___

¿CUAL?:

A.- NEUROPATÍA:

1. Ulceraciones _____
2. Cambio de la coloración de la piel _____
3. Gangrena de miembros inferiores_____
4. Amputación_____
5. Disminución de la sensibilidad_____

B.- NEFROPATÍA:

1. infecciones urinaria_____
2. Insuficiencia renal _____

C.- RETINOPATÍA:

1. Disminución de la vista_____
2. ceguera _____

PARTE II

Instrucciones: Por favor marcar con una X la respuesta que considere correcta.

1. Las preguntas que siguen a continuación darán a conocer el nivel de información que usted tiene con respecto a su enfermedad.

Nº	Ítems	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
1	¿Posee información sobre la diabetes?					
2	¿La diabetes es curable?					
3	¿Considera que el médico le suministra información detallada y suficiente en cada consulta?					
4	¿Considera que necesita mayor información acerca de la diabetes para mejorar su calidad de vida?					
5	¿Tiene conocimiento de los medicamentos que recibe para tratar su diabetes?					
6	¿Conoce los efectos y beneficios de la insulina para el paciente diabético?					
7	la medicina natural (te, plantas, raíces, etc.) es la mejor opción para controlar la diabetes					
8	¿La diabetes puede afectar al riñón, los ojos, la circulación y los pies?					
9	¿Revisa sus pies?					

2. Las siguientes preguntas se refieren a los hábitos alimenticios que usted lleva para mantener un equilibrio físico.

N°	Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	siempre
10	¿Cumple con una dieta especial?					
11	¿Utiliza sustitutos de la azúcar refinada?					
12	¿Establece horarios fijos de comida para tomar sus alimentos?					
13	¿Realiza sus tres comidas diarias y sus tres meriendas correspondientes?					
14	¿La persona diabética que toma pastilla o se inyecta insulina, necesita hacer dieta?					
15	¿Vigila su peso?					

3. Las siguientes preguntas se refiere al nivel de satisfacción para realizar sus actividades cotidianas.

N°	Ítems	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Mucho
16	¿Camina por lo menos 30 minutos diarios?					
17	¿Realiza esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes?					
18	¿Su estado de salud actual, le limita para realizar sus actividades cotidianas?					
19	¿Tienes dificultades para realizar sus actividades cotidianas, desde su diagnostico de diabetes?					
20	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo y a sus actividades cotidianas?					
21	¿Se siente fatigada (o) a causa de su enfermedad?					

4. Las siguientes preguntas se refiere al nivel de satisfacción emocional, con respecto a su condición de salud.

Nº	Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	siempre
22	¿Se siente cómoda consigo misma?					
23	¿Le incomoda hablar de su enfermedad con otras personas?					
24	¿Se ha sentido triste o deprimida por ser una persona diabética?					
25	¿Sientes respecto por los demás?					
26	Cree que se enferme con mayor facilidad que otras personas?					
27	¿Está usted satisfecha (o) con la apariencia de su cuerpo?					
28	¿Está sometido a situaciones de tensión o estrés?					

5. Las siguientes preguntas se refiere al nivel de satisfacción para mantener relaciones armoniosas con los demás.

Nº	Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	siempre
29	¿Sus familiares más cercanos conocen y aceptan las limitaciones que afectan a las personas diabéticas?					
30	¿Su familia lo acompaña a las consultas médicas y lo apoyan en el cumplimiento de su cuidado indicado por el personal de salud?					
31	¿Ha sentido rechazo de parte de sus familiares?					
32	¿Considera que su estado actual de salud ha dificultado sus actividades sociales (visitas, eventos especiales como cumpleaños entre otros) con la familia vecinos u otra persona?					