



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
ESCUELA POST GRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON  
DIABETES- PIURA, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO  
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Lic. MARÍA MAGDALENA BENITES ARICA**

**ASESORA:**

**Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**

**PIURA - PERÚ**

**2015**

**ASESORA Mgtr. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**

## **JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Dra. Blanca Emeli Huaylla Plasencia

**PRESIDENTE**

Dra. Nelly Teresa Condor Heredia

**SECRETARIA**

Mgtr. Nancy Patricia Mendoza Giusti

**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

A Dios, porque sin su ayuda nada es posible, por darme fuerza para seguir adelante.

A mi madre Petra y mi hijo Andrés por su apoyo incondicional porque están siempre presentes en cada momento de mi vida por ser mis dos grandes motivos de fuerza y amor.

A mis hermanas por hacerme sentir orgullosa de lo que soy y de lo que puedo hacer.

**MARÍA MAGDALENA**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro Padre Dios por darme fuerza, confianza y sabiduría te entrego señor el fruto de cada uno de mis logros.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por la dedicación de formar profesionales competentes en el campo de la salud.

A la Mgtr Sonia Rubio por su total apoyo, asesoría y orientación que me permitió culminar mi trabajo de investigación.

A las personas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados en haberme brindado parte de su tiempo para hacer realidad este trabajo.

**MARIA MAGDALENA**

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivos: Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus, en su dimensión física, psicológica y social; fue de naturaleza cualitativa, utilizo el método de historia de vida; el escenario de estudio fue la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles del EE.SS I – 4 Santa Julia – Piura donde la investigadora desarrolla actividades profesionales lo que facilito la aproximación a los sujetos de estudio; la muestra estuvo conformada por 12 pacientes diabéticos; la técnica de recolección de datos fue la entrevista abierta, cuya pregunta norteadora fue Hable de lo que usted, considera importante respecto a su vida y que tenga relación con su calidad de vida, luego se transcriben los datos y se identificaron las tres categorías técnicas las cuales son: Dimensión física, dimensión social y dimensión psicológica. Las conclusiones fueron las siguientes: Los sujetos en estudio no presentaron una buena calidad de vida. En la dimensión física, presentaron malestar general como dolor de cabeza, sed y hambre; un estilo no saludable, complicaciones como las neuropatías, retinopatías y disminución de la agudeza visual, además se evidencia la presencia del factor genético, que los predispone a sufrir la enfermedad. En la dimensión social, presentaron problemas de parejas, familiar y de dinámica familiar, además presentan problemas económicos, lo cual conlleva a que no tengan buenas relaciones interpersonales. En la dimensión psicológica, en el área emocional se sienten deprimidos, tristes, alterando de esta manera su calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida, diabetes, física, psicológica, social.

## **ABSTRACT**

This research aims to: Identify the quality of life of patients with Diabetes Mellitus in their physical, psychological and social dimensions; It has qualitative nature and I used the method of life history; the stage of the study was the health strategy of no transmissible diseases EE.SS I - 4 Santa Julia - Piura where the researcher develops professional activities which facilitated the study subjects approach; The sample consisted of 12 diabetic patients; the technique of data collection was open interview, the guiding question was: Discuss what you consider important about your life and having regard to your quality of life, then the data is transcribed and the three technical categories were identified which are: physical dimension, social dimension and psychological dimension. The conclusions were: Study subjects did not present a good quality of life. In the physical dimension, presented malaise and headache, thirst and hunger; Unhealthy lifestyle, complications such as neuropathy, retinopathy and decreased visual acuity, besides the presence of the genetic factor is evident that predisposes them to disease. In the social dimension, presented problems with their couples and family; family dynamics also have economic problems, which leads to not having good relationships. In the psychological dimension, in the emotional area they feel depressed, sad, thereby altering their quality of life.

**Keywords:** Quality of life, diabetes, physical, psychological, social.

## ÍNDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                                      | VI          |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                                   | VII         |
| <b>RESUMEN</b> .....  | VIII        |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | IX          |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....                                  | 1           |
| <b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....                       | 7           |
| 2.1 Antecedentes.....   | 7           |
| 2.2 Bases Teóricas.....                                       | 13          |
| <b>III. METODOLOGÍA</b> .....                                 | 21          |
| 3.1 Tipo.....   | 21          |
| 3.2 Método.....   | 21          |
| 3.3 Sujetos de estudio.....                                   | 26          |
| 3.4 Escenario de estudio.....                                 | 28          |
| 3.5 Técnicas de recolección de datos.....                     | 30          |
| 3.6 Análisis de datos.....                                    | 36          |
| <b>IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO</b> ..... | 41          |
| <b>V. ANÁLISIS TEMÁTICO</b> .....                             | 43          |
| 5.1 DIMENSIÓN FÍSICA.....                                     | 43          |
| 5.2 DIMENSIÓN SOCIAL.....                                     | 56          |
| 5.3 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.....                                | 63          |
| <b>VI. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....                      | 73          |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                       | 75          |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 87          |



## I. INTRODUCCIÓN

El aumento demográfico, el crecimiento de las grandes ciudades, el cambio de ritmo de vida y el avance tecnológico han generado en la población cambios en su estilo de vida; se incrementó el sedentarismo, ingesta elevada de comidas rápidas, enlatadas o refinadas, excesivo consumo de carnes rojas y consumo de sustancias nocivas. Hay evidencia más que considerable de que la conducta y el estilo de vida del individuo son la causa de enfermedades.

La diabetes mellitus ha alcanzado proporciones preocupantes en los últimos años en Venezuela, el estilo de vida ha sido un factor decisivo en la implantación de esta enfermedad tomando en cuenta la falta de conocimiento, el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios (1).

Según Vargas R (2), Piura es el departamento con más prevalencia en enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión y colesterol, el especialista señaló que entre los distritos que presentan mayor cantidad de pacientes están Catacaos y Chulucanas; además, añadió que enfermedades como la diabetes tienen su origen en un factor genético pero también por el sedentarismo y por no comer adecuada y balanceadamente.

El estilo de vida hizo referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denominó hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo (3).

Las enfermedades no transmisibles fueron consideradas como la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues cobran más vidas que todas las otras causas

combinadas. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con estas enfermedades podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costo eficaz y viable. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones, casi las dos terceras partes- se debieron a ellas, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas **(4)**.

Según la Federación Internacional de la diabetes **(5)**, hoy día, ya hay 366 millones de personas con diabetes y otros 280 millones bajo riesgo identificable de desarrollarla. De no hacerse nada, para 2030 esta cifra se calcula que aumentara hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas de alto riesgo. Tres de cada cuatro personas con diabetes viven en países de ingresos medios bajos... Incluso en los países ricos, los grupos desfavorecidos, como los pueblos indígenas y las minorías étnicas, los migrantes recientes y los habitantes de barrios marginales sufren un mayor índice de diabetes y sus complicaciones. Ningún país, rico o pobre, es inmune a la epidemia.

La percepción del individuo de su situación en la vida, como en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones Escobar, Jaime y otros. Es el estado de complemento y bienestar físico, mental y social de una persona, y no solo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Desde esta perspectiva, todo profesional de la salud debe entender a la enfermedad y procurar su tratamiento con base en los siguientes tres aspectos o factores: físico, mental y social **(6)**.

Al valorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Se observó que la capacidad física, el estado de ánimo positivo, la función social y el bienestar social sufrieron afectaciones importantes. Los perfiles de la calidad de vida en las diferentes aéreas muestran un proceso de deterioro gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad... este hecho se relaciona además con la

asociación con otras enfermedades, las que coinciden directamente en la evolución de la DM y por ende de la calidad de vida de los pacientes diabéticos (7).

Según Romero E (8), en cuanto a las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes diabéticos, nos señala que aunque hayan sentido malestar respecto a su salud, tuvieron una percepción de su calidad de vida de buena a muy favorable, indicando que la adecuada salud mental, física y emocional que percibieron les favoreció, estar activos y llevar a cabo sus roles de la vida diaria, respaldados por una adecuada valoración del apoyo social, alta disponibilidad de las personas más cercanas; como amigos, familiares y compañeros de trabajo para recibir apoyo emocional. El estudio indica que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, o subir escaleras entre otras.

Montejo M (9), nos afirma que el diagnóstico de diabetes produce un impacto importante en pacientes y familiares. Esta enfermedad es considerada como una de las más demandantes física, psicológica y emocionalmente para los pacientes. Los comportamientos, creencias y emociones que resultan de la condición de cronicidad, impactan directamente en la calidad de vida del paciente, es decir, en la percepción del paciente de las consecuencias de la enfermedad o de su tratamiento en su bienestar físico, social y emocional. Esta respuesta se ve afectada por variables como personalidad, la depresión, la forma en cómo se dio la información, el historial familiar de diabetes, entre otros. A nivel físico los síntomas y las complicaciones de la diabetes impactan en la calidad y esperanza de vida del individuo, a nivel psicológico y emocional pueden presentarse la incertidumbre sobre las complicaciones futuras.

La incidencia de diabetes continua creciendo a un ritmo sin precedentes, Piura, es el segundo departamento después de Lima, en presentar gran números de casos detectados de Diabetes, la Diresa Piura, nos muestra que en el año 2010, a nivel del distrito de Piura, el número de casos detectados fue de 1210, en el 2011, el número de casos fue de 1153, y para el 2012, los casos de diabéticos son de 1856. A esta realidad no escapa el Establecimiento de Salud, I – 4 Santa Julia, en el que el

número de casos detectados en el año 2011 fue de 54 casos, en el 2012 son de 54 casos y para el 2013, son de 93 casos.

La problemática observada con respecto a la calidad de vida de los pacientes que pertenecen a la Estrategia de No Transmisibles, es que hay una falta concientización de los pacientes, que pertenecen a la estrategia, ya que ellos no modifican sus estilos de vida, la percepción que ellos tienen sobre su enfermedad es insuficiente y por tal razón no consideran importante la mejora de su salud y por ende no tienen una buena calidad de vida.

En cuanto a la dimensión física, los pacientes tienen disminuida su capacidad de rendimiento corporal e intelectual, no tienen las fuerzas necesarias para concluir con una actividad física propuesta. En cuanto a la dimensión psicológica, los pacientes tienen su capacidad de disfrute y relajación disminuida, ellos están pensando constantemente en su enfermedad y esto disminuye su apetito, su estado de ánimo, están en constante depresión, disminuye su calidad de sueño, y su capacidad de disgustos y decepciones aumenta constantemente alterando así su calidad de vida. En cuanto a la dimensión social, los pacientes no se sienten integrados a un grupo de apoyo ya sea social o emocional, por lo que no experimentan la sensación de ayuda, se sienten solos y excluidos, su capacidad de establecer y mantener relaciones sociales y comunicación con otras personas esta disminuida considerablemente.

A partir de esa problemática se definió como objeto de estudio la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en sus dimensiones física, psicológica, social.

En ese sentido, se formularon algunas preguntas norteadoras, como vertientes del estudio:

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión física?
- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión psicológica?
- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión social?

Con base en esos cuestionamientos se formularon los siguientes objetivos:

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión física.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión psicológica.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, en su dimensión social.

La Diabetes Mellitus es un problema muy importante de salud pública, debido a sus múltiples repercusiones a nivel personal, económico y sanitario tanto en su tratamiento como sus complicaciones degenerativas. El número de personas con diabetes tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo, y en especial en nuestra región.

La intervención de la/el enfermera/o es importante e indispensable para mantener el optimismo y dinamismo en la vida diaria del paciente diabético, de tal manera enfermería incentiva a la población diabética a responder de manera positiva a cualquier situación o fenómeno que se presente, y sobre todo que ejerza influencia directa y dinámica en la vida del paciente.

Esta investigación fue importante para el personal de salud que labora en el Establecimiento de salud I - 4 Santa Julia, porque los resultados contribuyeron a mejorar la atención integral de los pacientes con diabetes de la estrategia sanitaria de no transmisibles y así, elevar la eficiencia del programa preventivo promocional, reducir los factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de las personas.

Así también, la investigación permitió que las instituciones formadoras de profesionales de la salud como la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, socialicen los resultados y que desde los primeros ciclos se incorporen contenidos sobre calidad de vida, en pacientes diabéticos, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia la población adulta.

Finalmente, este estudio fortaleció el marco referencial de conocimientos para estudiantes y la sociedad en sus trabajos de investigación.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 1.1 Antecedentes

#### Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Gamboa J. (10) realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II”, en una muestra de 132 pacientes de una zona urbano maginada de Monterrey – Nuevo León. Los resultados encontrados fueron que La mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (68,9%), con edades entre 25 y 66 años a más; estudios de primaria con 63,7%, en situación laboral se encontró que 71,2% se dedicaban al hogar o pensionados, el tratamiento hipoglucemiante con 75% y el tiempo de padecer la enfermedad fue de un 41,5% para 1 a 5 años. Se utilizó estadística descriptiva para dar respuesta a los objetivos, en los cuales se encontró que la media de índice de calidad de vida fue 37,04 (DE 15,63), los síntomas que predominaron fueron el sentir mucha hambre (25,5%), levantarse en las noches para orinar (24,2%) y malestar en la extremidades inferiores como hormigueo, entumecimiento y ardor (20,5%).

La prueba de Kolmogorov-Smírnov demostró que no existe normalidad en apoyo de la familia ( $p < 0,05$ ), ni en tiempo de padecer la enfermedad ( $p < 0,05$ ). La correlación de Pearson mostró asociación entre tiempo de padecer la enfermedad con índice de impacto ( $r = .263$ ,  $p = .001$ ), con índice de sintomatología ( $r = .182$ ,  $p = .018$ ) y con índice de calidad de vida ( $r = .857$ ,  $p = .000$ ). En base a estos datos se concluye que a menor tiempo de padecer la enfermedad mayor es la calidad de vida (10).

Muñoz D. (11), en su estudio titulado “Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con insulina vs tratados sin insulina en atención primaria con

una población de estudio conformada por pacientes Diabéticos Tipo 2 de ambos sexos, controlados en el CESFAM Gabriela Mistral, comuna de San Ramón. El análisis de los resultados de esta investigación muestra que existen diferencias significativas entre los dos grupos estudiados en la calidad de vida, donde los diabéticos sin tratamiento con insulina presentaron peor calidad de vida según las dimensiones del DQOL. En el análisis de cada dimensión del instrumento, se observó que se presentaron diferencias significativas. En la dimensión satisfacción con el tratamiento, los pacientes sin tratamiento con insulina presentaron mayor satisfacción, aspecto relacionado con el hecho de no inyectarse.

Domínguez A, Muñoz C, Ponce de León S. (12), hizo un estudio titulado “Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes”. La población de estudio estuvo conformada por 153 pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados de esta investigación fueron: Nuestros resultados indican que aparentemente los factores clínicos influyen poco sobre la calidad de vida. Consideramos que la calidad de vida, medida de forma global, subjetiva, depende en un gran porcentaje de la forma en la que los pacientes viven la enfermedad más que de las características de la misma.

Delos Ríos J (13), en su estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”, los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. Los resultados revelaron que 43% de la muestra curso 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 aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se 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.

Salas C (14), en su estudio titulado “Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico, Antioquia 2009”, tuvo como muestra 220 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, fueron elegidas de forma no probabilística. Los resultados del estudio fueron: La calidad de vida de las mujeres del estudio, analizada desde las diferentes dimensiones (dominios) del WHOQOL BREF, fue mejor en aquellas con mayor nivel de escolaridad, afiliadas al Régimen Contributivo, que recibían apoyo por parte de familiares y/o amigos, que provenían del nivel socioeconómico alto y que tenían como soporte para afrontar el diagnóstico sus creencias personales, espirituales o religiosas. El efecto de estas dos últimas, el cual permaneció durante todo el análisis, incluso después de controlar el efecto de potenciales variables de confusión.

### **Investigación actual en el ámbito nacional**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Portilla L (15), en su estudio titulado “Calidad de vida y auto-concepto en pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento”. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a consulta externa en el Hospital Central FAP. En donde concluye que según la adherencia al tratamiento se encuentra diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Lo mismo ocurre para las dimensiones del autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento.

Por otro lado se encontró que en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre

la Calidad de Vida y el Autoconcepto Familiar. En los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontraron correlaciones significativas entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Social, así como con el Autoconcepto Familiar. Por último, con respecto al sexo no se hallaron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto entre los adultos y adultos mayores, a favor de los primeros **(15)**.

Noda J, Perez J, Malaga G, Aphan M. **(16)**, en su estudio titulado Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. La muestra estuvo conformada por 31 pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Los resultados obtenidos fueron: La edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos.

Haya K, Paima K **(17)**, en su estudio titulado Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Programa diabetes mellitus. Hospital Es Salud - II Tarapoto. Junio – Agosto 2012. La muestra fue 74 pacientes. Se logró obtener los siguientes resultados: La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II es de Regular a Alta. La edad promedio de los pacientes es de 59 años, con grado de instrucción superior, se observa predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 -29 años y con una pertenencia al programa de 1 –16 años y la complicación que más preocupa a los pacientes es amputación y problemas de los pies.

Contreras E (18), en su estudio titulado “Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal – Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú 2009”. La muestra fue 50 pacientes diabéticos amputados en el periodo diciembre 2009. Por lo que se concluye que la mayoría presenta una percepción desfavorable referida en el aspecto físico; en el aspecto psicológico porque tienen temor de no volver a caminar con normalidad; y en el aspecto social piensan que son una carga para su familia. Un menor porcentaje presenta percepción favorable en el aspecto físico, en el aspecto psicológico no les incómoda hablar sobre su estado de salud con otras personas y en el aspecto social no les desagrada su nuevo aspecto y están bien en compañía de su familia ya que son el mejor apoyo para seguir adelante con la enfermedad.

Córdova N (19), en su estudio titulado “Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú - Chiclayo, 2010”; la muestra es 21 personas. Surgieron dos categorías denominadas 1) la familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor y 2) El estilo de vida funcionalidad del adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud y su capacidad para desarrollar trabajos exigentes. Pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que le satisfaga.

### **Investigación actual en nuestro ámbito**

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Távora J (20), en su estudio titulado “Factores clínicos–socioculturales con la capacidad de autocuidado en el paciente del programa de Diabetes – Hospital III Cayetano Heredia – Piura, abril – Mayo 2004”; la muestra fue 122 pacientes. Concluyendo que la capacidad de autocuidado que poseen los pacientes del programa de diabetes es regular con un 42,6%. Solo 28,7% poseen una capacidad de autocuidado buena y también el 28,7% poseen una capacidad de autocuidado malo. En cuanto a la relación entre la capacidad de autocuidado y factores clínicos, se encontró que existe una relación significativa solo en el mayor tiempo de la enfermedad y existe relación significativa con el tipo de diabetes o con la presencia de complicaciones crónicas.

Con respecto a la relación entre la capacidad de autocuidado y factores socioculturales, se encontró que existe una relación significativa con el estado civil, ocupación, así como una relación altamente significativa con el grado de instrucción y con el mayor tiempo de permanencia en el programa y no existe relación significativa entre capacidad de autocuidado con edad y sexo (20).

Lozada A (21), en su estudio titulado “Calidad de vida y adherencia al tratamiento en usuarios del programa de hipertensión arterial – Hospital III Cayetano Heredia – Es Salud Piura – enero – febrero 2009”, cuyo objetivo fue Evaluar si existe asociación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento en usuarios del programa de Hipertensión arterial del Hospital III Cayetano Heredia. La muestra fue de de 359 pacientes. La conclusión a la que llego fue de los pacientes adherentes al tratamiento según el test Morisky-Green-Levine presenta mejor calidad de vida que los no adherentes. Las variables que influyen son sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación. Con respecto a los indicadores de calidad de vida, muestran que en donde los pacientes se encuentran más satisfechos es en lo relacionado a la función social.

## 2.2 Bases teóricas

Según Moreno B, Ximénez C(22), la preocupación por la calidad de vida en la enfermedad proviene en parte de la constatación de que no basta alargar la vida, ya que gran parte de los enfermos desea vivir, no meramente sobrevivir. Es este el lado positivo del grueso debate que considera los límites de la prolongación artificial de la vida y la viabilidad social de la eutanasia. La calidad de vida significa también la capacidad de las personas para no ser puros espectadores en el proceso de enfermar e incluso de morir. Supone que el sujeto, aun en estado de postración y de limitación, no pierde o pierde en la menor manera posible, su dimensión personal y social.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida significa el esfuerzo para que la enfermedad inevitable, la disminución real, signifique la menor alteración posible en la autonomía real del sujeto y entrañe las mínimas variaciones en su vida habitual. Los desafíos presentes en esta opción obligan a un tipo de intervención que mantenga vivo el rostro humano de la enfermedad y el respeto ante la muerte (22).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus

propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (23).

Según la OMS (24), calidad de Vida, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que engloba e integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física.- Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estará sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión Psicológica.- Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento

Dimensión Social.- Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación medico paciente, el desempleo laboral (22).

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o

condiciones específicas de una dimensión que relejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida (Schalock, Keith, Verdugo y Gómez, en prensa) **(24)**.

Según la exhaustiva revisión de la literatura científica realizada por Schalock y Verdugo (2002/2003), la dimensión de calidad de vida que más se ha encontrado en la bibliografía relacionada con las personas mayores es la de bienestar físico. Tras ella, la dimensión de inclusión social y a ésta le sigue la de bienestar emocional. Después de ellas, encontramos la dimensión desarrollo personal. Por último, las dimensiones de derechos, autodeterminación y bienestar **(25)**.

Destacan, por tanto, los indicadores citados de las dimensiones de bienestar físico e inclusión social como los más referidos, alcanzando un cuarto del total de los estudios revisados, mientras que los otros cinco indicadores están presentes en el 10% de los estudios. En el caso de derechos, el indicador coincide con la dimensión porque la mayor parte de la bibliografía coincide en destacar un conjunto de derechos de la persona más que abordarlos individualmente **(25)**.

Según el “modelo de relación humano a humano” de Joyce travelbee, plante que a medida que el proceso de interacción progresa hacia la relación de afinidad de obtiene el potencial necesario para una relación terapéutica. Esta teoría nos proporciona dos funciones esenciales del profesional de enfermería: a) Ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o adaptarse al estrés de la enfermedad y el sufrimiento y b) Ayudar a los individuos, familias y comunidades a encontrar significado a la enfermedad y sufrimiento; si este fuese necesario. Es preciso resaltar esta última función ya que es una de las mayores aportaciones de su modelo. Travelbee plantea que es necesario, a veces ayudar a la persona a encontrar un significado a la enfermedad y al sufrimiento, ya que estos significaos permiten al individuo hacer frente a los problemas a partir de estas experiencias **(26)**.

Como modelo de enfermería, el Modelo de Adaptación de Roy (MAR) tiene unas premisas filosóficas y científicas que relacionan específicamente a la persona y al mundo en el cual interactúan...Al describir los conceptos clave del modelo, lo primero es describir a la persona o grupo como un sistema adaptativo con procesos de convivencia. El sistema adaptativo se describe como un todo compuesto por partes. Este funciona como una unidad con el mismo objetivo. Finalmente los sistemas humanos incluyen a la gente individualmente o como grupo. Estos pueden ser familias, organizaciones, comunidades o la sociedad como un todo (27).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia... La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo (28).

La 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. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (29).



La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fábrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia) **(30)**.

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. 1 La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que esta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales **(31)**.

Hay tres tipos principales de diabetes:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)

Pablos P **(32)**, señala que si el paciente tiene un control metabólico bueno, los problemas laborales son mínimos, los diabéticos bien instruidos, entendiendo por bien instruidos aquellos que conocen qué es la enfermedad y que saben manejarse con ella, son capaces de realizar todo tipo de tareas, y la experiencia nos demuestra que pueden llegar a ocupar puestos de máxima responsabilidad. Si el paciente tiene un control metabólico bueno, los problemas laborales son mínimos. Por ello un paciente bien instruido y

conocedor de su enfermedad no tiene por qué tener limitaciones para realizar actividades varias.

La calidad de vida en los pacientes Diabetes es más favorables que en pacientes con otras enfermedades crónicas. Se ha encontrado que la duración y el tipo de diabetes no se asocian constantemente con la calidad de vida, y que a diferencia de otras enfermedades de este tipo, el tratamiento intensivo no deteriora la calidad de vida, es decir, un mejor control de la glicemia se asocia a una calidad de vida más favorable. En este tipo de trastorno, son las complicaciones de la diabetes el determinante más específico de la calidad de vida. Vinculada a la calidad de vida percibida, esta la llamada conducta de enfermedad, la cual no constituye una forma estable de respuesta en las personas, sino que puede variar en función de diferencias transculturales (33).

La batalla contra la diabetes es una tarea de todos los días. Por eso, es importante mantenerse siempre pendientes de cómo responde nuestro cuerpo al consumo de azúcar. Hay personas que hacen buen trabajo con su alimentación y su actividad física, pero aun así necesitan medicamentos. Eso tiene que ver con que su organismo esté produciendo suficiente insulina, que es la hormona que nos ayuda a regular el nivel de azúcar en la sangre. Sin embargo, cuando se come lo adecuado, se mantiene un peso saludable y se deja atrás el sedentarismo, caminar al menos 30 minutos cinco días a la semana es recomendable, los pacientes de diabetes pueden mantener bien controlada su enfermedad y evitar problemas graves (34).

Los perfiles de la calidad de vida en las diferentes aéreas muestran un proceso deletéreo gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad. Dentro de las aéreas más afectadas sobresale la sexual, donde la disfunción y el interés sexual repercuten en el funcionamiento normal. Lo anterior evidencia neuropatía autonómica como consecuencia del descontrol metabólico que cursan los pacientes, principalmente los hombres. Concomitantemente, esta secuela incide en el

deterioro de la relación de la pareja y en el estado emocional, al no tener conocimiento de lo que le está pasando en su funcionamiento sexual, factores que contribuyen a disminuir la autoestima y aumentar el riesgo de depresión. **(13)**.

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanizaciones, criminalidad, contaminación del ambiente y otros, que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad (...) Los estilos de vida, son factores de riesgo para su calidad de vida, y se establece la necesidad de modificarlos para el control de la enfermedad y conservación de la calidad de vida. (...) Los pacientes con Diabetes Mellitus 2, perciben un deterioro en su calidad de vida relacionada con su salud. Los dominios de calidad de vida mayormente afectados corresponden a las esferas psicológicas, sociales y ambientales. Los estilos de vida que afectan la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 corresponden a la actividad física, la autoestima y el apego al tratamiento médico **(35)**.

La diabetes afecta la calidad de vida en términos de bienestar psicológico, social y físicos (...) Este impacto vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, auto-monitorización y administración de medicamentos. La diabetes puede afectar el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. En diabéticos tipo 2 las complicaciones parecen afectar la calidad de vida, pero no las acciones que intentan un control intensivo de la glucemia o presión arterial (...) La calidad de vida en diabéticos ha sido un importante indicador de medida de los resultados del tratamiento, además de contribuir para decisiones terapéuticas y de distribución de recursos en la política de salud **(36)**.

El mayor resultado negativo de la diabetes en la calidad de vida se asocia al género masculino, con el ingreso menos al promedio y con la presencia de complicaciones por la diabetes (...). De acuerdo con los dominios, la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente para la ansiedad y preocupación, así como para sobrecarga social. El apoyo psico-educativo podría ser una forma eficaz de mejorar la calidad de vida. Existen tres condiciones socio demográfico específico de la enfermedad que afectan a ciertos dominios más que otros, sobre todo para responder a las necesidades individuales de los pacientes, esas condiciones con: la diferencia de género, el nivel educativo y el ingreso económico (37).

## III.METODOLOGÍA

### 3.1 Tipo

La investigación se caracterizó por ser un estudio de naturaleza cualitativa, que según Ludke & André (38), es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento (...), supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada”.

### 3.2 Método

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con los pacientes diabéticos, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio para contar de su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (39).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “histoire”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología como aclara Bertaux (40), Life Story, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y Life History está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de

parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Para Glat R (39), el método historia de vida quita al investigador del pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es a subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género.

La diferencia fundamental del método historia de vida para otras abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (39).

Corroborando dicha aseveración, Camargo (41), afirma que las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas.

Para Kohli (42), la construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, más si *auto-imagen estructural* el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones (futuro-orientadas) por las cuales el guía sus acciones actuales.

Minayo (43), cita varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron vivenciados por una persona o grupo social.

Camargo (41) considera que la historia de vida es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias obscuras que moldean la realidad social de diversas categorías.

La historia de vida como método comprende dos características básicas: a) la experiencia del autor usada de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, b) interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fornecidas por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vivenciados y que marcaran su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

Bertaux (40) define el método de Historia de Vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y de la dinámica histórica.

Para Camargo (41), la historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa. La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Rodríguez P (44) refiere que, utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia e, que una vida é inseparablemente el conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia.

Los pacientes diabéticos como sujetos formularan reflexiones sobre su vida, en cuanto narra en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida según Chizzotti (45) fue introducida en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znanieski, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de Historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado.



En el Brasil, en el área de enfermería este método comenzó a ser divulgado en la década de 90 en la construcción de disertaciones y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

| AÑO  | AUTOR               | TÉMATICA  |                         |
|------|---------------------|---|-------------------------|
| 1995 | SANTOS, R. S.       | La maternidad de niños especiales.  | Tesis de doctorado      |
| 1995 | HUMEREZ             | La atención brindada al paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.  | Tesis de doctorado      |
| 1996 | SILVA, M. G. A. A.  | O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.  | Disertación de maestría |
| 1997 | ASSAD, L. G.        | La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes renales.  | Disertación de maestría |
| 1997 | Goncalves, L. R. R. | Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual   | Disertación de maestría |
| 1998 | SANTOS, I. M. M.    | La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela   | Disertación de maestría |
| 1999 | RUBIO, S. A. R.     | Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil y Piura/Perú                 | Disertación de maestría |
| 2000 | RIBEIRO, M. G.      | La percepción de la gestantes VIH positivo en relación a su suero positividad   | Disertación de maestría |
| 2000 | MARQUES, C. O.      | Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa el Salvador | Disertación de maestría |
| 2001 | MALUHI, M.          | La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen ginecológico.   | Disertación de maestría |
| 2001 | VASCONCELOS,        | La percepción de la enfermera obstetra sobre  | Disertación de          |

|      |                       |  |                         |
|------|-----------------------|--|-------------------------|
|      |                       | el cotidiano de su práctica asistencial.   | maestría                |
| 2001 | CHAMILCO, R. A. S. I. | Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.  | Disertación de maestría |
| 2002 | SPÍNDOLA, T.          | El cotidiano de la mujer madre-trabajadora de enfermería.  | Tesis de doctorado      |
| 2003 | SANTOS, C             | Gestante de alto riesgo y la Teoría Transcultural de Enfermería de Madeleine Leininger.                  |                         |
| 2003 | NUNES, H. H. M        | El cotidiano de las madres insertadas en el método “mamá canguro”  | Disertación de maestría |
| 2003 | SILVA, L. R.          | Los factores sociales y culturales que interfieren en el tratamiento de la sífilis en la visión materna. | Tesis de doctorado      |
| 2003 | RODRIGUEZ, Y. E.      | Violencia conyugal contra las mujeres  | Tesis de doctorado      |
| 2004 | DIAS, I. M. A. V.     | El profesional de enfermería frente al nacimiento del niño con malformación Congénita.                   | Tesis de doctorado      |
| 2005 | SAO BENTO, P. A.      | Rasgando el verbo: la voz de mujeres sometidas a episiotomía   | Disertación de maestría |
| 2006 | ALVES, A. M. A.       | La lactancia materna del pre termino en un hospital amigo del niño                                       | Tesis de doctorado      |
| 2006 | WYZYKOWSKI, C         | La mirada materna acerca de la UTIP  | Disertación de maestría |

### 3.3 Sujetos de estudio

Los sujetos de la investigación fueron 12 pacientes diabéticos que acuden a la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles en el EE.SS I – 4 Santa Julia – Piura que voluntariamente aceptaron participar de la investigación,

después de haber sido informado sobre el mencionado proyecto firmando el término de consentimiento libre e informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque según Bertaux(40), cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante (40).

Como muestra el cuadro abajo los pacientes diabéticos fueron indicados en el estudio por nombre ficticios. A los sujetos de estudio se les asignó nombres de los Dioses del Olimpo porque siempre he tenido una atracción por la mitología Griega, considerando como una de las culturas más importantes, cada uno de ellos tenía sus propios atributos y representa una fuerza de la naturaleza o una idea.

| IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO | SEXO | EDAD | ESTADO CIVIL | GRADO DE INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN   | Nº DE HIJOS |
|---------------------------|------|------|--------------|----------------------|-------------|-------------|
| Hestia                    | F    | 44   | soltera      | Secundaria           | Ama de casa | ninguno     |
| Afrodita                  | F    | 86   | Viuda        | Primaria             | Ama de casa | 4 hijos     |
| Rea                       | F    | 58   | Separada     | Primaria             | Ama de casa | 3 hijos     |
| Venus                     | F    | 72   | Viuda        | Primaria             | Manualidad  | 4 hijos     |
| Zeus                      | M    | 73   | Casado       | Primaria             | Su casa     | 9 hijos     |
| Artemisa                  | F    | 52   | Separada     | Secundaria           | Ama de casa | 3 hijos     |
| Atenea                    | F    | 47   | Separada     | Secundaria           | Ama de casa | 3 hijos     |
| Celene                    | F    | 43   | Convivie     | Primaria             | Ama de casa | 6 hijos     |

|          |   |    | nte    |            |             |          |
|----------|---|----|--------|------------|-------------|----------|
| Penelope | F | 52 | Casada | Secundaria | Ama de casa | 2 hijos. |
| Isis     | F | 57 | Casada | Primaria   | Ama de casa | 3 hijos  |
| Hera     | F | 37 | Casada | Superior   | Ama de casa | 2 hijos  |
| Anatolia | F | 52 | Casada | Primaria   | Ama de casa | 1 hija   |

### 3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles del EE.SS I – 4 Santa Julia – Piura donde la investigadora desarrolla actividades profesionales lo que facilito la aproximación a los sujetos de estudio. Fue solicitada la autorización a la Dirección para la aproximación a los sujetos de estudios y presentación de la propuesta de estudio, el local de trabajo no constituyo foco de interés de la investigadora

El Centro de Salud Santa Julia pertenece al Distrito, Provincia y Departamento de Piura; forma parte de la Red Piura – Cartilla; Micro Red Piura y es Sede de la CLAS Santa Rosa. Este Centro de Salud fue creado en el año en 1989 y regularizada su creación a través de la R.D N° 057-96 - CTAR-RG-DRS-OP de fecha 09.12.96, con la finalidad de brindar servicios de primer nivel de atención de Salud en sus componentes de: Promoción, prevención, y Recuperación a la Población asignada al Centro de Salud y sus siete Asentamientos Humanos.

Es el Centro de Salud referencial para todos los establecimientos pertenecientes a la CLAS SANTA ROSA y funciona las 24 horas del día de todo el año, recibiendo atención de Urgencias y Emergencias, que atiende acorde al nivel de complejidad, así como Partos normales brindando además consulta externa general y de algunas especialidades tales como Medicina General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Odontología, Psicología. Tiene una población de responsabilidad directa asignada por la DIRESA de 18531.

La población del ámbito de la jurisdicción del Establecimiento de salud Santa Julia es Asentamiento Humano Santa Julia población de 5850, Asentamiento Humano 11 de abril población de 2173, Asentamiento Humano Túpac Amaru I con una población de 3711, Asentamiento Humano Túpac Amaru II con una población de 3233, Asentamiento Humano Túpac Amaru III con una población de 2841, Asentamiento Humano Sánchez Arteaga con una población de 295, Inv. La Península con una población de 428. La población de responsabilidad directa de este establecimiento de salud es bastante concentrada; el asentamiento humano más distante está a una distancia de 10 minutos en vehículo y 40 minutos a pie.

Los recursos humanos entre personal contratado y nombrado con los que cuenta el Establecimiento de salud Santa Julia es de: 04 médicos cirujanos, 01 médico pediatra, 07 obstetras, 5 enfermeras, 1 odontólogo, 01 psicólogo, 16 técnicos de enfermería, 02 técnicos de laboratorio, 01 químico farmacéutico, 01 técnico de saneamiento, 01 técnico en computación, 12 técnicos administrativos, 01 técnico en estadística, 01 chofer, 04 personal de limpieza.

La Estrategia Sanitaria de No Transmisibles del Establecimiento de Salud I – 4 Santa Julia – Piura, se implementó en Julio del 2011, previa capacitación del PROYECTO FREDDY, siendo abastecida con material e insumos (maletín, glucómetro, tiras reactivas e Historias clínicas). Se captaron 35 pacientes, a quienes se les haría un seguimiento mensual y se les brindaría atención integral. Los pacientes que pertenecen a la estrategia están inscritos al Sistema Integral de Salud, solo así pueden recibir medicamentos y pueden ser transferidos al especialista, como por ejemplo al consultorio de endocrinología, del Hospital Santa Rosa.

La estrategia realiza campañas de concientización y de despistaje, para que la población que pertenece a su jurisdicción tome conciencia y mejoren su perspectiva en cuanto a su salud, y a la prevención de esta enfermedad, que cada año va en aumento.

La dificultad que presenta la estrategia, es que no tienen un ambiente específico para realizar las actividades propias de enfermería, como el de captación de pacientes, consejería, entre otros, la estrategia tiene que compartir el ambiente con el servicio de caja, lo que favorece a que no haya un ambiente de confianza y tranquilidad entre la enfermera y el paciente.

### **3.5 Técnicas de recolección de datos:**

La técnica que se utilizó para la recolecta de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, cambiando al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de Historia de Vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos – como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador selecciona y restringe los temas que serán abordados. La Historia de Vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del estudio sea dada para propios participantes, a partir de su visión de mundo. Envés de responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente (46).

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar

un relato sobre su vivencia. Es a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva e evaluativa (46).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes de más nada, aprendiz de la verdad del otro. Ora, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (47).

En ese sentido, Santos et al (46), afirman que en el método Historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus colocaciones, el entrevistador irá formulando cuestiones o tejiendo comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio.

En esa dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confianza.

Los relatos de los pacientes diabéticos fueron recogidos por entrevistas personales, configurando de esta forma, documento primario, fueron desarrolladas unas en sus domicilios (5 entrevistas) y otras en el local comunal (7 entrevistas) del Asentamiento Humano Santa Julia, las cuales se dieron en el horario de la tarde, ya que este es un horario más factible para las persona, ya que como las entrevistas son en su mayoría mujeres, este

horario me permitió tener mayor aceptación y colaboración para el desarrollo de las entrevistas, las entrevistas se realizaron con la presencia del sujeto de estudio y del investigador. Fueron realizadas en el período del 1 al 30 de julio.

Bertaux (40) recomienda que es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad.

En ese sentido, mi ambientación fue adecuada se realizó en el local comunal manteniendo la privacidad estando presente el entrevistado y el entrevistador sin ningún agente externo que interfiera en la entrevista como lo es ruidos u otras personas, así también las entrevistas realizadas en sus domicilios se realizaron en horarios de la tarde donde los entrevistados estaban libres de sus ocupaciones y sin interrupciones ajenas, para ello se realizó visitas domiciliarias donde se les explico a los sujetos de estudio el motivo de la investigación, sus beneficios y la importancia de su participación concertando la fecha y la hora en la que se acudiría a su domicilio y en otras oportunidades yendo a recogerlos a sus domicilios y trasladarlos al local comunal.

Antes de iniciar la entrevista el sujeto de estudio fue informado sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o desnecesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (Anexo2). Bertaux (40) resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.



En los momentos que antecedieron la entrevista, los entrevistados estaban preocupados, porque al inicio no sabían como se desarrollaría la entrevista, ellos se preguntaban de como deberían participar en este trabajo de investigación. Inmediatamente, los entrevistados fueron orientados para que manifiesten todo lo que sentían con respecto al desarrollo de la entrevista, se le informo que su participación era valiosa y que quedaría en anonimato.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista se le explico al entrevistado que debería relatarnos sobre su experiencia como paciente diabético, se le apertura el dialogo con la pregunta de investigación, y durante la entrevista se trató de guiar al entrevistado para que no se saliera del tema principal, por lo que se está realizando esta entrevista.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con su calidad de vida” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento. (Anexo 1).

El clima durante las entrevistas transcurrió de modo informal y sin contra tiempos, los entrevistados manifestaron durante la entrevista todas sus emociones e incluso llegaron al llanto, se sintió como si las entrevistados estuvieran esperando alguien con quien hablar sobre sus problemas, se sintió como un desahogo, al terminar la entrevistas se pudo percibir como si ellos se hubiesen liberado de un peso grande, su rostro expresó gratitud y tranquilidad.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada paciente diabético y ciertamente de la fase y/o de como convivían con la situación. Tres fueron los comportamientos identificados.

- Nerviosismo, frente a lo desconocido, ya que este es su primera participación en un trabajo de estudio.
- Frustración, por su situación como pacientes diabéticos de no poder hacerle frente a la enfermedad y por la falta de apoyo de sus familiares
- Se sintieron alegres en poder participar en este trabajo, y que serviría tanto a ellos como a los demás pacientes diabéticos.

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado iba contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: “¿podría decirme más sobre eso?, ¿quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que el sujeto de estudio quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a los sujetos de estudio para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Atkinson (48) comenta que algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia.

Santos (46) recomienda que el entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado” Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rigidamente, durante la

realización de las mismas verifique que la duración vario entre 20 minutos a 1 hora 30 minutos. Santos (46) afirma que no hay duración limite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene, mas nada que acrescentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista.

Al encerrar el proceso de entrevista, agradecí la participación de los pacientes diabéticos y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida. También, pude observar que los sujetos de estudio estaban felices y que toda la angustia y ansiedad inicial habían sido sustituidas por tranquilidad. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellos había servido como un desahogo. Respecto a eso Atkinson (48) comenta que: para la gran mayoría de las personas, dividir las historias de vida es cualquier cosa que ellas realmente quieren hacer. Todo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a los pacientes diabéticos si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson (48). Ningún sujeto de estudio solicitaron la entrevista, se transcribió tal cual lo manifestó el sujeto de estudio.

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de los pacientes diabéticos, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. Bertaux (40) recomienda que la transcripción de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá

al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación.

Atkinson (48) recomienda que después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente.

Sin embargo Poiner (49) recomienda que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y su eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le coloco la fecha y señalada su duración.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras leía la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, como recomienda Poiner (49), que a través de la re escucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada.

En el análisis sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método Historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. De acuerdo con Santos (46) a veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos.

### **3.6 Análisis de los datos**

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos. El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (50). Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

(a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas;

(b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito;

(c) Lectura de los relatos de cada paciente diabético sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas;

(d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relacionadas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante registrar que para agrupar las categorías, utilizaremos una técnica de sub lineado colorido computacional, que garantizara credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitara la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que construirá un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitirá la clasificación de

las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se estará con las unidades de registro configurándose de esa forma, la determinación de las categorías de análisis.

(e) Consistió en el recorte de las informaciones que compondrán las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de las informaciones obtenidas, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación, en ese sentido el método historia de vida es bastante flexible y no impone ningún método específico para el análisis de contenido.

Según Bertaux (40), y en concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio.

Las categorías emergieron del propio relato de los pacientes diabéticos, o sea, fueron construidas configurando las temáticas encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Santos (46) afirma que los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador.

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el

individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una realidad colectiva. Por eso, Glat (39) afirma lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la práctica social de un grupo”.

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los sujetos de estudio aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó 10 categorías preliminares o unidades temáticas: Manifestaciones clínicas, Estilo de vida, Complicaciones, Herencia, Entorno familiar, Nivel socioeconómico, Nivel socio-cultural, Área emocional, Afrontamiento de la enfermedad, Alteraciones psíquicas

Después de haber realizado la codificación, varias lecturas de las entrevistas fueron realizadas, buscando asociarlas a las unidades temáticas siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado según Bertaux (40), como análisis comparativo (por temas). De esta forma a partir de la recodificación surgieron 3 categorías temáticas o categorías analíticas con sus 10 subcategorías:

**Dimensión física:**

Manifestaciones clínicas

Estilo de vida,

Complicaciones

Herencia.

**Dimensión social:**

Entorno familiar

Nivel socioeconómico.

Nivel socio-cultural

**Dimensión psicológica:**

Área emocional.

Afrontamiento de la enfermedad.

Alteraciones psíquicas



#### **IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO**

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la Investigación. Considerándose los siguientes criterios (51, 52).

##### **En relación al rigor:**

**Credibilidad:** Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación.

Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

**Aplicabilidad:** Se busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación servirá como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad cumpliéndose de esta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

**Auditabilidad:** Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Este criterio en el presente proyecto de investigación se cumplió en la medida que se describa detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

Confirmabilidad: Garantiza que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

### **En relación a la ética:**

Consentimiento Informado: Para la realización del estudio se solicitara autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual deberán constar las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento que se solicitó las firmas de los sujetos de estudio que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

Privacidad: Se mantendrá el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación.

Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

Confidencialidad: Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas solo para fines de investigación.

Los testimonios de los pacientes diabéticos fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose solo para fines de investigación.

## V. ANÁLISIS TEMÁTICO:

### 5.1.- DIMENSION FÍSICA

#### 5.1.1.- SUB CATEGORÍA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De las entrevistas realizadas a Afrodita, Rea, Zeus, Penélope, relacionan en sí, la molestia de dolor de cabeza, a factores, como son sus problemas, dentro del entorno familiar, como es estrés, también lo asocian con las preocupaciones de su haber diario. Ninguno de los cuatro entrevistados, asocia su malestar como una de las causas evidentes de los elevados niveles de glucosa en sangre.

*“Me compré unas pastillas para el dolor de cabeza, porque tengo un dolorcito de cabeza será de lo que pienso, me pongo a pensar Dios me recogiera, porque así digo yo”.*

*(Afrodita)*

*“Tengo a mi nieto a mi cargo, que también es como mi hijo, porque desde chiquito yo lo he criado, tengo que tener para sus útiles, para su alimentación, su ropa, entonces como que por ahí me estresa, yo mantengo mi dolor. me duele la cabeza, me preocupa el corazón, se me sube la presión y así ando, y así estoy, no me siento bien”.*

*(Rea)*

*“Porque a veces estoy bien y a veces estoy mal, me duele así ando mi cabeza, me duele el cuerpo, me da mareos de cabeza, tengo que sentarme un ratito”.*

*(Zeus)*

Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Según

Hans Selye, el estrés crónico se ha asociado al desarrollo de resistencia a la insulina, un factor primordial en la diabetes. El dolor crónico causado por la artritis y otras enfermedades puede agravarse por el estrés. También contribuye a las cefaleas tensionales o por contracturas musculares, que generan dolores en la frente, la nuca o el cuello. Dolor de cuello y hombro son comunes. Las cefaleas tensionales pueden durar minutos o días y pueden aparecer diariamente (53).

El dolor de cabeza tensional se refiere a un dolor de cabeza asociado al estrés y a la contracción muscular. Estos dolores de cabeza ocurren solo de manera ocasional y como respuesta a un evento estresante. Dichos dolores también puede ser crónicos, apareciendo frecuentemente. Algunos dolores de cabeza tensionales son tan constantes que aparecen diariamente con una intensidad variable (54).

De los pacientes entrevistados: Afrodita, Rea, Zeus, manifiestan sentir dolor de cabeza, la cual la asocian con el estrés que sienten por tener esta enfermedad y a problemas de índole familiar. Al comparar lo que dicen los sujetos de estudio con la base teórica, de Hans Selye, donde relaciona el estrés con el dolor de cabeza, se concluye que si existe relación científica con la base teórica.

Penélope, es un sujeto de estudio, que ha ingresado recientemente a la estrategia; Isis, Hera, Venus, se encuentran en la Estrategia, desde hace muchos años, todos ellos manifestaron presentar signos evidentes de hambre y sed incontrolable.

*“Yo me he comenzado a notar así cansada con dolor de cabeza, sueño, sed, hambre, sobre todo sed, amanecía con una sed que quería estar tome y tome cosa helada y dulce”.*

*(Penelope)*

*“El cuerpo me duele a veces me aburo y dejo el control, me da harta sed, sino a veces me duele los dientes, se me ponen los dientes bien dulces, parece que estuviera comiendo caramelo, pero no, me harta sed”.*

*(Isis)*

*“Como bastantísimo como demasiado, ósea por decir me compro 6 panes los 6 panes me los como, me provoca gaseosa, galleta estoy como y como”.*

*(Hera)*

*“Mi hijo me dice pero mi mamá este le da bastante hambre, ella tiene que comer poquito porque si come más arroz le hace subir más el azúcar, yo le digo, sea con queso o mantequilla yo como un solo pan, o la mitad del pan, me voy a poner más flaquita”.*

*(Venus)*

La diabetes es un trastorno que afecta a diversos sistemas fisiológicos, el más importante de los cuales corresponde al metabolismo de la glucosa. La alteración más llamativa es la aparición de hiperglucemia (concentración elevada de azúcar en sangre) en ayunas, hiperlipidemia (concentración elevada de lípidos en la sangre) e hiperaminoacidemia (concentración elevada de aminoácidos) (...) La deficiencia de insulina también altera el metabolismo de proteínas y grasas, que conlleva a la pérdida de peso; la persona experimenta mayor apetito (polifagia) debido a que almacena menos calorías. Además se presenta otros síntomas como: fatiga, debilidad, y una tendencia a la acidosis y al coma insulínico o hipoglucemia **(55)**.

La falta de insulina provoca que las personas con diabetes desarrollen síntomas clásicos como son aumento del apetito y sed en exceso. Los sujetos de estudio mencionados presentan falta o deficiente de insulina en sangre, Sin la insulina necesaria, las células del cuerpo o pueden utilizar la glucosa que está en la sangre y en respuesta de esta falta de energía en las células, el cerebro manda señales que le dicen al cuerpo que coma más, a ello se suma que la persona diabética micciona con mayor frecuencia y esto hace que la persona sienta sed,

por lo que toma agua de forma excesiva. Por los hechos narrados de los sujetos en estudios corroboramos ciertamente la base teórica anteriormente expuesta.

### **5.1.2.- SUB CATEGORÍA: ESTILOS DE VIDA**

De los seis pacientes entrevistados, Afrodita hace referencia a las diversas formas como realiza su autocuidado frente a esta enfermedad manifestando que hacen uso de la medicina tradicional( usa el canchalagua como una alternativa de disminuir la glucosa de su cuerpo), así como también otras de las entrevistadas (Artemisa, Penélope y Rea) hacen referencia al autocuidado ya han mejorado su estilo de vida como es teniendo una alimentación saludable, el dormir y descansar mejor, tomar sus medicamentos, acudir a sus controles. Atenea, su estilo de vida no es el adecuado, manifiesta su deseo de cambiar, manifiesta que si viviera sola tendría, una dieta a base de verduras, pero aún no toma conciencia sobre lo importancia de tener una alimentación balanceada para el control de su enfermedad.

Anatolia es una paciente limitada físicamente, con diabetes Tipo 2, con amputación de miembro inferior derecho, pero aun así, realiza la práctica de autocuidado, por su limitación física no asiste al establecimiento de salud sin embargo ella se ha visto en la necesidad de aprender a aplicarse la insulina, para tener un tratamiento adecuado y oportuno.

*“La vez pasada me hice análisis, salí bien porque me dijeron que tome el canchalagua y yo estoy tomando canchalagua y también mis pastillas para el azúcar·*

(Afrodita)

*“Nosotros tener la calidad de vida también tanto con cuidado con uno mismo no pues como sea en la alimentación en el estar bien por decir, dormir bien y no tener problemas,(...) no sabía cuidarme porque comía de todo por decir el azúcar, los chocolates, porque yo soy mas amante de las cosas dulces que las*

*saladas,(...). Calidad de vida que tenemos que llevar incluso con sus charlas sus orientaciones sobre todo que estamos saliendo adelante y hemos aprendido así por intermedio de las charlas que nos han dado y nos dan salir adelante, como sacar en adelante esta enfermedad”.*

*(Artemisa)*

*“Por ejemplo, algo por dentro dice: come, come, no te hace mal un poquito que comas, no te vas a morir, y como, y después vuelta así digo: no voy a comer, no voy a endulzar, cuando menos me olvido y endulzo de nuevo, tomo y a veces me descuido por ahí, con un caramelito un chicle, ya es dulce, también, y después como también de todo, hoy han hecho tallarines solos con pollo, ya he comido un poco de tallarín, a veces vengo por donde mi hijo, y su esposa me invita almuerzo que he comido allá en casa, y vuelvo a comer, entonces yo digo: que lo ideal sería de irme lugar lejos donde me esté alimentando a base de verdura de pura verdura y que no coma nada de harinas y dulces, porque donde voy comen de todo, salvo que yo tendría que cocinar para mi solita, y que nadie me invite nada”.*

*(Atenea)*

*“Yo he sido gordita, y mi hijo me dice mama y si mi papa te ve así no va a aceptar, que estés demasiado flaca, y yo le digo si hijito, voy a tratar siquiera de ir más adelante, y ya lo demás seguir con mi dieta, mis pastillas mi control nada mas de ahí”.*

*(Penélope)*

*“Yo me inyecto insulina 3 veces al día, desayuno, almuerzo y cena, y con eso me mantengo, me han dicho que hay un lapicerito que se puede inyectar”.*

*(Anatolia)*

*“Poco a poco yo fui asimilando las cosas y ahora como que me acostumbre, porque me quitaron la cosas dulces, las dietas que me dieron, han habido veces*

*que quebraba la dieta, no la he seguido rígidamente, de nuevo me subía y me bajaba y así estuve en ese plan”.*

(Rea)

Los pacientes diabéticos deben aprender que alimentos son los que más elevan o bajan los niveles de azúcar. Esto los ayudara a ajustar sus comidas o actividades específicas, para evitar que la azúcar en sangre llegue a estar demasiado alto o bajo. Así pues el estilo de vida, la alimentación y la actividad física inadecuada se consideran los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, los cuales deben ser controlados en forma integral como estrategia para prevenir el desarrollo o evolución de las complicaciones que afectan la vida del enfermo **(55)**.

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de autocuidado de Orem, quien dijo que los humanos nos distinguimos de otros seres por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente. De este modo, define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además evalúa la capacidad del adulto diabético con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas **(56)**.

La educación del diabético requiere estrategias bien pensadas que no solamente permitan la transmisión de ideas, informaciones o técnicas de alimentación o autocontrol, requiere sobre todas las cosas cambiar hábitos y actitudes negativas. Lograr habilidades para que el propio paciente adquiriera el protagonismo eficaz de la película de su vida **(56)**.

Enfermería debe elaborar programas educativos donde también participe el resto del equipo de salud de forma tal que se logre la incorporación y/o colaboración de familiares y el entorno inmediato del enfermo al proceso educativo a fin de lograr exitosamente su bienestar **(56)**.



La Educación Terapéutica (ET) consiste en enseñar al enfermo crónico a adquirir y mantener habilidades y destrezas que le permitan atender en forma óptima su vida cotidiana, manejando adecuadamente el control de su enfermedad crónica. Este proceso educativo, continuo e integral, puede y debe ser realizado por equipos de salud multidisciplinarios (...) que demuestre interés y competencia para apoyar el trabajo educativo, y por los propios pacientes, sus familiares y la comunidad organizada. Cada uno de estos factores colabora y contribuye con la educación del paciente con el objetivo principal de que éste tome la responsabilidad por su propia salud y mantenga o mejore su calidad de vida (56).

Uno de los aspectos fundamentales para el control de la diabetes es una alimentación sana y balanceada. El plan de alimentación es individual y debe ser calculado por un profesional en nutrición que tomará en cuenta la edad, peso, estatura, tratamiento médico, actividad física y además sus preferencias en cuanto a alimentos y horarios (57).

El estilo de vida es un factor importante y determinante de la salud como característica personal; puede definirse como los patrones de conducta individuales y que afectan la salud personal. Algunos patrones del estilo de vida señalan conductas sociales e individuales que constituyen los principales factores de riesgo en relación con las enfermedades, entre estos se consideraron los más importantes para el trabajo de investigación los que se señalan a continuación: Educación, alimentación y nutrición, actividad física y ejercicio, sexualidad, descanso y sueño, uso de sustancias tóxicas, medidas de higiene personal y autocontrol metabólico. Por tanto el personal de salud debe desarrollar programas educativos integrales para evaluar el impacto de estos factores en el usuario con diabetes 2 y tratar de solucionarlos o minimizarlos (58).

Para alcanzar un adecuado control de su glicemia, durante las 24 horas del día, es esencial un balance entre la dieta, el ejercicio, la educación y el tratamiento médico. Los parámetros que podemos usar para evaluar el buen control glicémico, son la glicemia plasmática (concentración de glucosa en sangre venosa medida en el laboratorio), el monitoreo de glicemia capilar ambulatorio (concentración de glucosa en sangre total medida en aparatos portátiles) y la hemoglobina glicosilada (59).

El auto cuidado, es indispensable para la sobre vivencia de los diabéticos, pues deben hacerse responsables de su propia salud. El auto cuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo o bienestar... se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme, con los requisitos reguladores de cada persona (60).

Los pacientes diabéticos deben aprender que alimentos son los que más elevan o bajan los niveles de azúcar. Esto los ayudara a ajustar sus comidas o actividades específicas, para evitar que la azúcar en sangre llegue a estar demasiado alto o bajo. Así pues el estilo de vida, la alimentación y la actividad física inadecuada se consideran los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, los cuales deben ser controlados en forma integral como estrategia para prevenir el desarrollo o evolución de las complicaciones que afectan la vida del enfermo. Nuestra base teórica concuerda con lo manifestado por nuestros sujetos de estudios; sin embargo cabe mencionar que pese a la consejería que se le brinda, se les es difícil, que lleven una alimentación adecuada, ya sea por falta de recursos económicos, o porque les es difícil modificar sus hábitos alimenticios.

### **5.1.3.- SUB CATEGORÍA: COMPLICACIONES**

De los cinco pacientes entrevistados cuatro de ellos (Venus, Anatolia, Isis, Zeus) presentan complicaciones como retinopatía diabética. Penélope otro de

los sujetos de estudio presenta disminución de la agudeza visual. De los sujetos de estudio cuatro de ellos presentan neuropatías diabética evidenciándose frecuentes dolores de pies acompañados de calambres, y adormecimientos e inclusive no sintiendo nada en los pies, dolor que muchas veces se inicia en la espalda, incluso en el momento de relatar su historia de vida se hace evidente su sensación de dolor en todo su cuerpo (sin deseos de realizar ninguna de sus actividades).

*“Cuando yo me enferme murió mi esposo, yo quede mal, mis hijos se enfermaron, porque él era muy bueno, él falleció de un momento a otro, entonces cuando yo me agarre no podía parar, así aguadita todo no me podía parar, y mi hija la más allegada a mí, me dijo: Mama, pero que tienes?, no se hija no puedo, el cuerpo me vence, y no quiero comer”.*

*“Por días la cabeza se me hace como que me duele las vistas yo tenía las vistas bien oscuras no veía muy bien”.*

(Venus)

*“Hasta las manos las estoy perdiendo, no tengo fuerzas para coger la cuchara. Ya no tengo fuerzas tampoco en la pierna, parece que la estoy perdiendo la pierna de acá (la pierna izquierda), yo me paro se me dobla, no es como antes”.*

*“Estoy así porque me quemé mi planta de mi pie, entonces así me fui al cirujano plástico, para que me lo examine, yo le dije Dr. No me va a tomar alguna placas para ver como esta por dentro, el cirujano me dijo que estaba bien, así transcurrió un mes, dos meses, tres meses, y después se me infectó, y comenzó, como le digo la gangrena, pero antes de eso yo me hice ver de otro cirujano y me dijo que ya estaba avanzado, yome hinche mucho, yo me hinche todo mi cuerpo, después me dio un paro, me llevaron al quinto piso en cuidados intensivos, me dio un paro respiratorio, cuando ya estaba que me*

*iban a operar, después adquirí la neumonía, de tanto estar entubada, y así me tuvieron que amputar mi pierna derecha”.*

*“Me estoy quedando un poco ciega, pero ya me ha visto el oftalmólogo, que como tengo la diabetes a veces que me sube 400 o 500, y eso tengo que tener más cuidado, porque de eso nadie quieren operar. La diabetes está afectando mi retina”.*

(Anatolia)

*“Bien triste estar así con esta enfermedad que a nadie se la deseo y más triste me siento no poder ver”*

(Isis)

*“Es que estoy un poco enfermo, tengo varias enfermedades, tengo la presión alta, y tengo que correr a la posta para hacerme ver”.*

*“No tengo ganas de comer me garra un ardentía al estómago parece que tuviera candela, y de ahí se me baja por acá hasta los pies, de ahí tengo que comer alguna cosa, un poquito de agua fresca o cualquier cosa, y me pasa un poquito, y nuevamente así”.*

*“Por días la cabeza me da vueltas, me duelen las vistas, no veo muy bien”.*

*“A veces estoy bien a veces estoy mal, me duele el cuerpo, la cabeza, no tengo ganas de comer me agarran calambres en los pies como si tuviera los pies dormidos no siento nada, no siento los pies y de ahí me duele bastante la espalda en la noche”.*

(Zeus)

*“Acudí a una campaña y el Dr. me dijo que tenía diabetes, y que estaba en 360, y dijo que por obra de Dios no me ha dado un shock, porque ahí nomás iba a quedar, por lo que yo tengo defensas y estoy muchacha, en fin yo inicié un tratamiento, me mando medicina, hasta que ahorita bueno estoy ahí, y lo*

*que sí ahorita me está afectando las vistas, veo opaco, no distingo bien a las personas, me saludan pero no las distingo, hasta para el celular, antes yo veía quien me llamaba por celular, pero ahora no puedo, tampoco no puedo leer”*,

(Penélope)

Las complicaciones crónicas se han dividido en: micros vasculares o de pequeños vasos como es la retinopatía o daño renal, la neuropatía o afección de los nervios periféricos o del sistema nervioso autónomo y finalmente las macro vasculares o de vasos medianos y grandes como la enfermedad cerebro vascular, la enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores y la enfermedad coronaria **(61)**.

Los pacientes con diabetes no controlada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de eventos coronarios, accidentes cerebros vasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y muerte prematura. La diabetes no solo reduce la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y su familia, con un elevado costo social **(62)**.

Se considera que la cronicidad es “un estado de indisposición producido por discapacidad o incapacidad, que requiere alta intervención médico- social”. La cronicidad es una consecuencia de la ECNT. Esta es considerada la responsable de la mayor carga de morbilidad y mortalidad en el mundo. El impacto que genera a nivel individual y familiar, los obliga a realizar cambios en el estilo de vida, por los largos periodos de hospitalización e incapacidad **(63)**.

La OPS - OMS, en sus estadísticas para el año 2010, indica que en América Latina y el Caribe, la Diabetes es responsable de unas 340.000 muertes anualmente y ocasiona graves complicaciones como cardiopatía, nefropatía, ceguera y amputaciones. De la misma manera, calcula que el costo de la Diabetes en la región, es de al menos 65 mil millones de dólares al año, como

resultado de muerte prematura, ausentismo laboral, discapacidad, medicamentos, hospitalizaciones y consultas médicas (64).

La mayoría de las complicaciones ligadas a la diabetes pueden ser evitadas, disminuidas o retrasadas si la diabetes es detectada y tratada precoz y correctamente. Dentro de todo el campo de actuación de la enfermería, considero de vital importancia la educación al paciente, es muy importante que el paciente esté correctamente informado de los cuidados que debe tener sobre su agudeza visual, cuidado de su piel, el reconocer precozmente cualquier signo de alarma, para que sea detectado a tiempo.

Las personas diabéticas deben mantener los niveles de glicemia dentro de los límites normales y lograr así un control metabólico adecuado. Cuando el control del diabético es inadecuado aparecen las complicaciones agudas y crónicas. Los pacientes de la Estrategias, la mayoría presentan complicaciones debido a que ellos no toman conciencia de la enfermedad que padecen, ya que no cumplen con su tratamiento, no realizan actividad física y sobre todo la alimentación no es la adecuada. Los aportes mencionados por los teóricos respecto a las complicaciones concuerdan con las manifestaciones de los sujetos de estudio.

#### **5.1.4.- SUB CATEGORÍA: HERENCIA**

Dos de los pacientes ya mencionados manifestaron la existencia de antecedentes familiares positivos para la enfermedad de la diabetes por lo cual es lógico pensar que los síndrome diabéticos que sufren ambos individuos tienen correlación con defectos hereditarios y se piensa que es muy posible que el origen de la enfermedad tenga relación a patrones de herencia como aparenta ser en estos casos.

*“Pero sí de mi familia somos cuatro que estamos, de repente mi mamá mucha azúcar tomó cuando estaba embarazada”.*

*(Artemisa)*

*“Yo soy diabética por mis padres”.*

*(Anatolia)*

La Diabetes como enfermedad no es hereditaria, lo que sí se transmite genéticamente es la predisposición a la enfermedad, lo cual significa que si se presentan otros factores externos como una mala alimentación o el sedentarismo este padecimiento se manifestará. Los especialistas coinciden en que los aspectos genéticos transmitidos de padres a hijos no se pueden controlar, pero los factores externos (estilo de vida) sí están en nuestras manos para poder modificarlos y evitar o retrasar la aparición de la Diabetes (65).

La diabetes es considerada como un problema de salud pública, por su alta prevalencia y su creciente incidencia, como en los sujetos de estudios, manifestó Artemisa, que sus 4 hermanos padecían de la diabetes, de igual manera Anatolia que ella era diabética, genéticamente por sus padres.

El tener familiares de primer grado con diabetes siempre es un factor de riesgo para una futura diabetes. Se sabe de la transmisión genética de esta enfermedad, aunque estamos lejos de saberlo todo sobre el tema. Por tanto, la recomendación de controlar la ingesta de azúcar y alimentos ricos en hidratos de carbono es correcta, para los familiares de personas con diabetes, aunque debería hacerse extensiva para todos.

La base teórica concuerda con lo que manifiestan los sujetos de estudio, porque la diabetes sí es una enfermedad hereditaria.

## 5.2.- DIMENSIÓN SOCIAL

### 5.2.1.- SUB CATEGORÍA: ENTORNO FAMILIAR

De las seis historias de vida, cuatro (Hestia, Afrodita, Celene y Hera) de ellas concluyen en lo mismo, en que su entorno familiar es desfavorable, tanto con sus cónyuges, hijos y/o demás familiares, sin embargo Venus manifiesta el sentirse protegida al ser escuchada por su hija, creándose en ella un sentimiento de fortaleza en el entorno familiar.

*“Bueno, yo ahorita en mi casa vivo con mi papá nada más, mi hermano Víctor que está separado de su esposa y bueno ahorita que vino mi hermana me siento un poquito incomoda porque antes cuando vivía con mi papá sentía más libertad, pero ahorita a raíz de que mi hermano ha venido hay problemas y problemas, mejor dicho tengo que cocinar una sola comida desde temprano, y de ahí otra, volver a cocinar, pierdo mi tiempo, uno ya tiene su edad. Mi papá se molesta porque es viejito y dice malas palabras”.*

*(Hestia)*

*“Tengo problema con mi pareja, (...) con mis hermanas cuando se murió mi hermano Oscar problemas con el cajón y dijo que le había cogido la plata ya tengo con él un año casi pero parece que no me conoce y eso a mí me duele es como le digo a Ana somos hermanas de un solo padre porque ellas son así porque yo solita no puedo hacer nada a dé cuenta que no tenía familia” (...).*

*(Hestia)*

*“Mi hija está enferma, se va a operar, pero su hija es policía la va a llevar a Lima, Pero también bien ingrata tiene un puestazo en el mercado por allá pasaba en la moto ni siquiera se acordaba de venirme a saludar ella es la única bien rebelde, tiene el carácter de su padre, por mi no, cuando estoy yendo a verla, le llevo un parcito de huevos criollos, cualquier cosita le lleva”.*

*(Afrodita)*



*“Comencé a tener problema con mi pareja, desde ese momento empecé a tener problemas, hasta he llegado a denunciarlo por maltrato físico, psicológico y por alimentos. Él es una persona, como le digo que me saca de mis casillas yo puedo estar tranquila, tranquila pero mas con verlo yo ya me lleno de cólera (...)* (Celene)

*“El papá de mis hijos si él me trata como se le da la gana, me pega pero como me dicen que yo soy una persona masoquista porque que le aguanto todo y eso a mí me lleva a cometer muchas locuras, por mi cabeza pasan muchas cosas, cuando yo estoy solita se me da por tomar yo vivo con mis dos hijas, mi hija trabaja desde las 6am hasta las 8 de la noche, y mi hijo va al colegio, yo no sé yo no tengo como se dice una conversación con un hermano, con una padre, madre nada aquí solita vivimos aquí solita. Y ya cuando yo me peleo con él, ahí es donde me voy a tomar”.*

*(Hera)*

La familia es el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético. Sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o paliativos (66).

Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso (66).

Una de las consecuencias de padecer una enfermedad crónica, es el impacto que esta causa a nivel familiar, dado que esta situación en uno de sus miembros causa desórdenes en la dinámica familiar, debido a que estas enfermedades, una vez instauradas exigen un mayor compromiso, obligando al familiar más cercano, responsable del cuidado de la persona enferma a realizar cambio en sus roles; en algunos casos se ven en la obligación de

dejar su propio trabajo para poder dedicarse a su cuidado y por la adición de nuevas responsabilidades a las que normalmente venían realizando (67).

El soporte que brinda los familiares a las personas con diabetes para que estas se sientan protegidas, sientan el cariño de sus seres queridos, minimizando así sus experiencias negativas, con vista a modificar el medio social y mejorar las condiciones de vida que resultan perjudiciales para lograr el control deseado de su enfermedad, así como ayudarlos en la búsqueda de alternativas eficaces dirigidas a lograr un equilibrio entre las exigencias del tratamiento y su desempeño socio-cotidiano.

En adecuado entorno familiar no es el que sobreprotege al paciente que padece esta patología, ni ser indiferente a los cambios físicos o emocionales, lo ideal sería una atención focalizada en los roles familiares, que el paciente puede realizar, porque es cierto que si se tiene una enfermedad crónica esta no debe limitar el cumplimiento dentro de la familia, en caso de ser padre, madre o hija.

Por lo tanto el entorno familiar debe ser responsable con los cuidados que necesita el paciente diabético, evitando así que se generen otras situaciones o problemas. De las seis historias de vida, cinco (Hestia, Afrodita, Venus, Celene y Hera) de ellas concluyen en lo mismo, en que su entorno familiar es desfavorable, tanto con sus cónyuges, hijos y/o demás familiares, sin embargo Artemisa manifiesta sentirse protegida al ser escuchada por su hija, creándose en ella un sentimiento de fortaleza en el entorno familiar.

### **5.2.2.- SUB CATEGORÍA: NIVEL SOCIOECONÓMICO**

De los sujetos en estudio, la mayoría son de familias desintegradas donde la madre asume la responsabilidad económica dentro del hogar.

*“Bueno pues de ahí pues preocupaciones más que tenga de a veces de dinero que a veces no hay para comprarme la medicina”*

(Artemisa)

*“Porque el otro me da una miseria (mi hijo), y al mes que a a durar, eso no dura, porque es una miseria lo que me da, porque es bien bandido, yo me voy al mercado me compro mi comida, yo no me quejo de mi Dios, él es tan grande, yo hay vendo mis galletitas y cigarros, yo tengo mi platita para ir a comprar mi comida”.*

(Afrodita)

*“Hubo personas que me animaron, de ahí se alejó, dejo de llegar y me corto la ayuda económica que me daba”.*

*“Yo siempre he trabajado por mis hijas (.....llorando.....), he sido y soy padre y madre para mis hijas, me la he buscado económicamente, me afecto por los gastos de la casa, me quede sin trabajo, he pasado y paso una situación económica mala”.*

(Isis)

*“Recibo el apoyo de mi hermano para comprar mi medicina, porque no tengo plata para comprarla, mi esposo no tiene trabajo”.*

(Anatolia)

En el caso de los factores sociales, estos afectan al sentimiento de aislamiento social y repercuten negativamente en la calidad de vida. En el aspecto económico, la privación daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos. Concluye que cada uno de estos elementos es sensible a la intervención y a medidas preventivas, lo cual si se aplica puede disminuir la carga emocional que conlleva padecer una enfermedad crónica.

Dimensión social es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo,

familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Lo que incluye además carga o agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual; es decir, el esfuerzo por lidiar con el impacto de la enfermedad, sus roles y relaciones **(68)**.

Esta categoría hace referencia a las limitaciones que en el área social pueden padecer las personas con (ECNT). Algunos de los participantes sienten que por la enfermedad y la imposición de la dieta ya no pueden socializar como antes. Los códigos que están asociados con esta categoría corresponden a: limitación, restricciones, aislamiento social, limitación a nivel sexual, apoyo familiar, dependencia **(68)**.

Las dificultades económicas es otro aspecto a considerar, ya que el cuidado de una persona con enfermedad crónica tiende a incrementar los gastos familiares. Por último, señalan que la vivencia de la enfermedad crónica ocasiona aislamiento social y cambio en la utilización del tiempo libre Esta situación afecta tanto al ser cuidado como al cuidador familiar más cercano **(69)**.

El nivel socioeconómico como un determinante de la salud, en los sujetos de estudios se ha evidenciado que la mayoría tiene capacidad de trabajar, considerándose como punto favorable en ellos, la mayoría de estos pacientes con diabetes genera sus propios ingresos, aunque estos son bien limitados, se considera como una población económicamente activa, también es cierto que pese a sus limitaciones sus ingresos económicos no son suficientes de tal manera no pueden cubrir sus gastos de medicamento, gastos especiales que requieren para esta enfermedad, el poder pasar por atención especializada, en lo poco que ellos recaudan es básicamente para su alimentación.

### 5.2.3.-SUB CATEGORÍA: NIVEL SOCIOCULTURAL

De los sujetos de estudio, en su mayoría, no participan en actividades socioculturales ni en su comunidad ni en su hogar, porque para ellos la parte económica es primordial y su tiempo lo emplean en trabajar y los quehaceres.

*“Paramos en el INABIF desde las 8 de la mañana y salimos de 3:30 a 4:00 de la tarde, tomamos, desayuno, almuerzo y lonche, pagamos 10 soles mensual, nos sentamos bien tranquilos a jugar o tejer, y así nos pasamos, sacan el bingo, yo soy la presidenta de los abuelitos, nos ponemos a jugar pero sin nada de plata, ahí nos distraemos, después vienen las psicólogas y nos dan unas hojas para que pintemos, y la pasamos muy bien. Nos invitan así por ejemplo a una fiesta para algo normal, yo salgo a cantas a bailar, y todo como si no tuviera nada de diabetes”.*

(Venus)

*“Y en cuanto a mi vida, bueno mi vida yo la veo que no esta tan mala, como yo pertenezco a una Organización Religiosa (...) yo no estaría contenta ni estuviera viva, no sé como pero viviría mal, pero yo pienso que por eso yo vivo un poquito mejor tranquilo, he conseguido mi trabajito (...), eso como que también me despeja un poco, el trabajo me ayuda mucho a mi bastante a despejarme la mente, salir e ir y regresar a mi casa, yo voy a mis reuniones y salgo a la predicación, todo esto me ayuda a mí, esto de Dios ayuda mucho, yo digo que si no estuviera ahí estuviera por los suelos, no salgo, no soy muy amiguera.*

*“Yo no tengo compañero si no yo como estuviera, preocupada lavarle la ropa, cocinarle, mejor que no, mi vida sola es mejor, claro que a veces se extraña a una persona, con la cual poder conversar, tampoco niego eso, que será, yo pues ahí me las aguanto, con quien converso es con Dios”.*

(Atenea)

Se concluye que la percepción de apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes(...) la existencia de otras patologías o la autopercepción del estado de salud; cualquier intervención con este tipo de pacientes no puede evitar no solo la importancia de la red social para optimizar la adherencia a los tratamientos y mejorar la calidad de vida, sino la percepción de los pacientes respecto a la misma. En este sentido, puede resultar pertinente tanto el fortalecimiento de las redes existentes como la creación de nuevas redes, evaluando la satisfacción del paciente con el apoyo social percibido **(70)**.

La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas (...) En cuanto a la esfera social en el paciente, se aprecia un deterioro en las relaciones sociales (...) las personas con diabetes a dejar de hacer ciertas actividades como asistir a reuniones. En lo laboral, el rendimiento baja lo cual puede desencadenar diversas situaciones desde ausentismo hasta renuncia (...) Los ámbitos afectados son múltiples: en lo familiar, laboral, económico, social y emocional **(71)**.

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia (...) En etapas tempranas del padecimiento, el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de los enfermos. Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico **(71)**.

En el aspecto sociocultural los pacientes serán predispuestos a alteraciones psicológicas, su tendencia a la depresión será menos, su sistema inmune , mejorara su calidad de vida, si los mencionados realizan actividades socioculturales, por lo tanto, habrá una mejor relación con su entorno social, su actividades lúdicas y recreativas para diabéticos de esta edad no solamente estimula los aspectos fisiológicos y biológicos del organismo, sino también posibilitan la revitalización de habilidades y hábitos motrices además de proporcionar un buen estado de ánimo, combatir el estrés y aumentar nivel de socialización.

### **5.3.-DIMENSIÓN: PSICOLÓGICA**

#### **5.3.1.-SUB CATEGORÍA: ÁREA EMOCIONAL**

De los sujetos en estudio, se pudo evidenciar a través de la entrevista que la mayoría están tristes, tienen sentimientos de soledad, se les nota decaídos, lo que los lleva a un aislamiento social.

*“Mi papa dice malas palabras, y cuando se va a callar yo le doy la espalda y me insulta, eso me molesta me provoca regresarme y darle en la boca, y me fastidia porque todas las personas que pasan por esa edad así son, me pone de mal humor, cositas que me haga así me da cólera, no sé qué hacer (...) En Talara, mi hermana me daba mi comida normal, mi hermana no me dejaba hacer nada, yo buscaba algo en que hacerle a mi hermana, tenía un canastón de ropa para planchar, es limpia pero esta ajada, y me pongo a planchar, luego me puse a acomodarle su ropa, y me sentí mejor hacia algo útil, porque me daba vergüenza que mi hermana me hacía todo, en Talara siempre mi hermana me compraba mi leche, todo y me sentía un poco más tranquila que acá, mejor dicho más tranquila, no con problemas”.*

*(Hestia)*

*“Hay días que amanezco triste, hay que amanezco alegre, hay días que amanezco mejor dicho inestable que todo me duele de que no puedo ni alzar a veces ni un dedo, una pierna, pero yo me sobrepongo y digo a mi no me va a venir a vencer esto me voy me levanto hacer las cosas, me baño y empiezo y de ahí ya me pasa todo ese malestar que tengo”.*

*(Artemisa)*

*“Si desfogaba mi cólera, llorando ya no me desmayaba pero si ya no desfogaba mi cólera, y él como si nada no se interesa en comprar una pastilla, nada. Las pequeñas son lloronas se levantan de noche a gritar, él comienza a gritarlas, y les dice cállense la boca que no dejen dormir, yo siento cólera, me dan ganas de llorar y agarrarlo, yo le digo déjalas no las grites, tu no las estás viendo, yo me levanto a verlas, no te molestan en nada, y esos son los problemas que tengo, se molesta conmigo por cualquier cosa, porque las niñas son traviesas que no encuentran sus desodorante, que se yo a mí me dice cosas bien feas, y viene como si nada tiene un carácter, como le digo me irrita, me irrita todos los días”.*

*(Celene)*

*“No hay semana que no pelee con mi pareja, a mis hijos les pegó, no sé si será de la misma enfermedad, pero no creo, yo tengo un problema con el papá de mi hijo el mayor. Yo soy una persona como se dice, conflictiva me gustan los problemas, ósea una semana que no tenga problemas, no tengo un problema, busque pleito, no estoy tranquila. Cuando estoy con cólera desfogo con los otros, yo si desfogo con mis hijos”.*

*(Hera)*

*“Al prender yo por las mañanas la televisión para ver las noticias, yo veo cosas que me dan pena, y sabe que me pasa a mí, yo comienzo a llorar veo y me dan unas ganas de llorar de llorar, ver tantas cosas, por ejemplo ver los accidentes, como lloran esas madres que han perdido a sus hijos en los accidentes, lloro por la injusticia entre comillas llamada justicia, halan para*



*los que tienen dinero, en la mañana a veces me deprimó y comienzo a llorar, eso sí yo digo ya no voy a ver noticias porque me pongo mal”.*

*(Atenea)*

El apoyo socio-emocional es de fundamental importancia en el cuidado de pacientes portadores de cualquier tipo de enfermedad. El hecho de ser una enfermedad crónica solo incrementa la situación, dejando al individuo aún más vulnerable por el hecho de ser una enfermedad incurable, que traerá estrés diario a su vida y, por tanto, convirtiendo a este individuo en alguien necesitado de cuidados técnicos y biológicos y de apoyo socio-emocional tanto de los amigos y familiares como del equipo de salud que trabaja junto al mismo (72).

Escuchar a un médico que le dice al paciente "Usted tiene diabetes", resulta sorprendente e incluso impactante. Aun si el paciente pensó que podría tener diabetes, es natural que sienta temor al enterarse del diagnóstico. Cuando se diagnostica al paciente con diabetes, esta situación puede resultar estresante y puede afectar sus emociones. La mayoría de las personas, cuando se enteran de que sufren de diabetes, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión y depresión (73).

Cada persona tiene una forma de ser, un modo de hacer frente a los problemas y una forma determinada de ver el mundo, y de cómo afrontar cualquier problema, aunque las reacciones de cada persona son diferentes, las emociones que sentimos las personas ante esta situación suelen ser comunes, lo más probable es que ante esta situación aparezcan sentimientos negativos que son naturales y normales, que poco a poco se irán debilitando, siendo parte del proceso de adaptación. Todos los sujetos en estudio están afectados emocionalmente, ya que se les observa facie de triste, desánimo, llegando incluso a la depresión, ya que ellos relacionan a la enfermedad como muerte; lo que nos lleva a concluir que si existe relación significativa entre la base teórica con lo que manifiestan los sujetos de estudio.

### 5.3.2.- SUB CATEGORÍA: AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

De los sujetos de estudio, en su mayoría no tienen un buen afrontamiento de su enfermedad, ya que a través de las orientaciones que se les brinda en el establecimiento de salud, continúan con sus conductas de riesgo.

*“Yo me siento bien, yo quiero tener una vida normal hasta que Dios me diga hasta aquí llegaste”.*

*(Rea)*

*“Pero no se pues que me irá a salir ahí, que mi Dios que me salga, porque ya una operación no resistiría, y tantas cosas que tengo, pero en fin digan lo que diga, tengo que asumir, porque yo soy fuerte, y me creo todavía fuerte, no soy capaz de dejarme y ponerme, si lloraré si un ratito, eso no pero de ahí que me digan que me voy a morir no, porque primero es Dios, que Él es que me puede decir ya, has aquí no más. Si me dice ya pues que me lleve, ya pues ya viví mis hijos ya son padres de familia, y se pueden defender solos con su familia”.*

*(Artemisa)*

*“La enfermedad la he dejado un poco de lado, no la tomo a pecho, sé que estoy enferma, se que esta enfermedad me va a ir acabando poco a poco, porque esta enfermedad es degenerativa, cierto poco a poco te va dañando los órganos hasta que ya llega el momento que no aguantas”.*

*(Atenea)*

Las personas con diabetes tienen que afrontar el reto de desarrollar una serie de tareas de autocuidado día a día sin comprometer un estilo de vida flexible y "normal" y su sentimiento de bienestar. Conseguirlo, sin embargo, parece difícil para la mayoría, si no para la totalidad, de las personas con diabetes (...). Los cambios conductuales necesarios para asegurar un autocontrol óptimo de la diabetes parecen, en gran medida, estar determinados por los sentimientos que

tienen las personas en torno a su diabetes, a su tratamiento y sobre sí mismas (74).

Se ha establecido que el conocimiento sobre las enfermedades crónicas y de ellas la diabetes como padecimiento representativo por su frecuencia y la actitud que el enfermo tiene de esta son aspectos fundamentales para mejorar el nivel de adhesión al tratamiento, y por tanto al mejor control, lo que conlleva una disminución de la presentación de las complicaciones crónicas. La información médica sobre diabetes debe estar dirigida sobre aspectos que el paciente pueda entender y aplicar en su vida diaria, y debe estar asociado a un cambio en la actitud que modifique las conductas del enfermo para que permitan desarrollar y aplicar los conocimientos recibidos (75).

El afrontamiento de esta enfermedad es un reto, ya que es difícil poder asumirlo; para algunos pacientes es fácil lograrlos, y para otros constituye una barrera, ya que tienen muchos temores a las complicaciones, porque ellos el hablar de la Diabetes es sinónimo de Muerte. Los pacientes en estudio no afrontan la enfermedad a pesar de las complicaciones que ya tienen, por lo tanto las bases teóricas concuerdan con las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio.

### **5.3.3.-SUB CATEGORÍA: ALTERACIONES PSÍQUICAS**

De los pacientes en estudio, once de ellos tienen depresión, porque asumen la enfermedad como sinónimo de muerte, a ello se suma el rechazo social, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar, llevándolos a estar deprimidos

*“Me sentía como triste y me fui a comprar una bolsa de yeso, porque me voy a cambiar de cuarto, poniéndole techo a mi cuarto, renovándolo, porque puede ser por el polvo, y a veces me da tanta hambre ahorita cuando estoy triste me dan ganas de comer y de tomar bastante agua”.*

*(Hestia)*

*“Yo cuanto he sufrido para criarlos y pagarles lo que son ahora, como los he educado, una contadora, otra profesora, otro contador, total, pero los nietos para la cuenta que se han muerto, no vienen, la única que está cerca mi Lola, que esta acá atrás, la única pero también esta delicada y en veces yo me pongo a llorar, digo así: Dios mío tanto tengo que pagar Señor porque yo no he sido mala. Que les cuesta venir un ratito, buenas tardes mama no y en veces me pongo a llorar, no de verme triste dijo así no a la cuenta yo no me ha muerto porque duermo solita. Le pido al Señor resignación que él lo deje que si es de morir ya me muero, yo rezo, le pido a nuestro Señor nada más, gracias a Dios. Si al rato me pongo a llorar, así le pido al señor papito lindo que tanto habré hecho para estar sufriendo, otros se van y yo me quedo”.*

*(Afrodita)*

*“Recibir la noticia de una enfermedad no se puede recibir alegre, ni nada por el estilo, me afecto muchísimo, yo había tenido otra calidad de vida, me gusta ser alegre, pasarla con mis amigas, pero cuando a mí me dieron esta noticia de que era diabética, como que me quise deprimir, es más, me estaba deprimiendo feísimo, me puse llorosa, lloraba y lloraba, ya no quería saber nada con nadie, habían otras personas que me decían: La diabetes es una enfermedad mortal, que las personas mueren rápido, se van deteriorando, a unas les cortan el pie, el dedo, y yo me sentía peor otra vez lloraba, a veces quiero salir de la casa, salgo, camino, pero es como si tuviera algo pensando en la mente, pero como yo digo, camino, miro, pero mi mente sigue trabajando, como estar preocupada, como que estoy ida, como que me olvidaba que estoy caminado”.*

*“Así es mi vivir que tengo a diario, por más que a veces me aconsejan, me dicen: ya no le tomes importancia sigue adelante, pero yo digo son personas que lo dicen porque no lo viven, es fácil decir a la persona deja o vete o que te vaya bien pero dan la mano, no dan la ayuda”.*

*(Rea)*

*“A veces me da un poquito de pena, sentimiento”*

*(Venus)*

*“No puedo dormir, me levanto, de nuevo a caminar por ahí, ya haciendo cualquier cosa, solo de noche y de ahí nuevamente dos tres de la mañana voy acostarme, ya me quedo dormido hasta las seis de la mañana, estoy andando vuelta por ahí me despierto, se me quita el sueño no me da deseos de dormir”.*

*(Zeus)*

*“Y así pues yo a veces, amezco bien, a veces mal, a veces ando con sueño, me da mucho sueño, hasta me olvido de mis hijas porque me tiro a dormir y me levanto un rato a verlas, pero ya me llama a dormir y a veces me quedo bien dormida”.*

*(Celene)*

*“Y como mi mamita también ha sido diabética, y murió de diabetes, y cuando me dijeron que era diabética, yo me acompleje demasiado, y yo dije Dios mío porque, los tres hermanos con diabetes, ya el Dr. Dice que posiblemente yo ya tenga cuatro años con eso, pero no me he percatado, como yo no más comía”.*

*(Penelope)*

*“A veces me da pena al verme solita ahí, esta enfermedad como que me desespera, estoy con mi hija y mi nuera, ellas se van y me dejan solita, quedo y me da tanta pena que no veo a veces, mi enfermedad que tengo me da bastante pena, yo hasta lloro y me quedo solita, ahora por ejemplo hoy he llorado desde la una, llora y llora, me consuelan por ahí, me dicen mamita no llores, pero si*

*me da tanta pena de verme con esta enfermedad, bien triste estar así, con esta enfermedad que a nadie se lo deseo, y lo más triste que siento es no ver”.*

*(Isis)*

*“Como es Dios, comenzaron mis vecinas a orar, mucha oración, bastante, imagínese que logre salir de ese coma que estaba. Estar así es lo más triste”.*

*(Anatolia)*

*“Bueno yo llevo una vida, como se dice que ni yo misma me entiendo, tengo problemas y en varias oportunidades he querido quitarme la vida, prácticamente yo tengo una depresión demasiado fuerte. Mi pareja me ha dicho que o me haga ver, cuando estoy con el yo me olvido de todo, vivo como se dice otra vida, una vida feliz, ósea otra vida, como si nunca hubiera tenido problemas, todo está cuando yo vengo acá, ya empieza el problema, yo solita me psicoseo, con el pensar, yo solita me trauma, estoy en eso piensa y piensa, hasta lloro yo solita, yo no lo demuestro delante de mi familia, ya mis hermanos dirán, está bien, vive bien, pero ellos no saben lo que tengo, ósea yo si reconozco que tengo una depresión demasiado fuerte”.*

*“Cuando me coge esa depresión de me da por comer bastantísimo, cuando tengo problemas con mi pareja, a los dos días me arrepiento y ando que lo busco y que lo busco, al día siguiente lo llamo, prácticamente rogándolo, ósea yo me siento que si el pelea conmigo parece que me voy ahogar en un vaso con agua, yo me vengo a quedar dormida ya sea a las 5 o 5:30, de tanto pensar no duermo, me vence un poco el sueño, y así despacho a mis hijos al colegio, tengo muchos problemas”.*

*(Hera)*

*“Porque a pesar de estar enferma tengo en mi mente la idea de que muy pronto va acabarse todo esto”.*

*(Atenea)*

La depresión puede deteriorar la salud física y mental en general, no solo aumentando el riesgo de diabetes sino empeorando los síntomas de la diabetes. La fatiga o el sentimiento de inutilidad pueden llevar a la persona a ignorar las dietas especiales o los planes de medicamentos necesarios para controlar la diabetes, lo que empeora los síntomas. Los estudios demostraron que las personas con diabetes y depresión presentan síntomas de la diabetes más graves que las personas que solo sufren de diabetes (76).

El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol. La aparición de eventos vitales que demandan un reajuste psicológico se encuentra entre estas causas. Los conflictos y tensiones vivenciadas por el paciente en el ámbito personal, familiar, laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la Diabetes Mellitus (77).

Los psicólogos saben que el impacto emocional que provoca la enfermedad depende de las edades a las que se diagnostica. Se sabe que a edades más tempranas la posibilidad de padecer algún tipo de desorden emocional es mayor. Cuando se diagnostica a menores en edad escolar el impacto en las familias y cómo gestionen la enfermedad es de vital importancia para el paciente. En el adolescente se corre el riesgo de aislamiento social o desórdenes emocionales que afectan a su esfera más social, por lo que es importante atender estos aspectos. Y en nuestros mayores se puede dar un sentimiento de culpa que también deberemos atender con cuidado (78).

La propia enfermedad puede ser causa de depresión por sí misma, es muy lógico que cuando ya se vive con la enfermedad de la diabetes se sientan tristes y deprimidas, pues todos sabemos que estamos frente a un problema que causa muchas muertes y hasta el momento no hay cura; la discriminación que sufre el diabético en su casa, trabajo los limitan, por temor a todo esto el paciente diabético se siente indefenso ya que no depende de él controlar esta situación,

viven con angustia y estrés y eso causa tristeza, cuando acude el paciente a los centros de salud, el médico le habla de las complicaciones, lejos de hacer que el paciente se anime lo deprime, es muy frecuente que siempre se le culpe de sus desordenes, lo importante es lograr que la persona se sienta comprendida, calmada en este caso la persona baja su autoestima se vuelve vulnerable y llega a la depresión y sobre todo los que están con complicaciones.

La familia debe apoyar para que haya cambios importantes en su estilo de vida, la mayor parte de ellos se sienten abandonados, que son una carga y que tienen que enfrentar solos la enfermedad. Aceptar la salud y la enfermedad es un reto, se tiene que tener una actitud positiva de cambio y de éxito.



## **VI. CONSIDERACIONES FINALES**

### **6.1. CONCLUSIONES**

- Los sujetos en estudio no presentaron una buena calidad de vida.
- En la dimensión física, los sujetos en estudio presentaron malestar general como dolor de cabeza, sed y hambre; un estilo no saludable, complicaciones como las neuropatías, retinopatías y disminución de la agudeza visual, además se evidencia la presencia del factor genético, que los predispone a sufrir la enfermedad.
- En la dimensión social, los sujetos en estudio presentaron problemas de parejas, familiar y de dinámica familiar, además presentan problemas económicos, lo cual conlleva a que no tengan buenas relaciones interpersonales además no puedan suplir sus principales necesidades básicas, por sus problemas económicos.
- En cuanto a la dimensión psicológica, en el área emocional se sienten deprimidos, tristes, alterando de esta manera su calidad de vida.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados de la investigación para mejorar la atención integral de los pacientes con diabetes de la estrategia sanitaria de no transmisibles del Establecimiento de Salud I-4 Santa Julia y así, elevar la eficiencia del programa preventivo promocional, reducir los factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de las personas.
  
- Incluir en la curricula de las instituciones formadoras de profesionales de la salud como la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote desde los primeros ciclos, contenidos sobre calidad de vida, en pacientes diabéticos, para garantizar la formación de profesionales con una visión preventiva promocional hacia la población adulta.
  
- Dar a conocer los resultados de la investigación, a los pacientes de la estrategia sanitaria de No Transmisibles, especialmente a los sujetos de estudio
  
- Difundir el presente trabajo de investigación, para que sirva de marco referencial a futuras investigaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marly M. Evaluar los hábitos alimenticios del sector rural El Corozo, para diagnosticar su incidencia en el padecimiento de la diabetes mellitus. [Serie en internet]. 2010. [Citado 2013 Dic. 15]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Planteamiento-Del-Problema/1193987.html>.
2. Vargas R. Piura tiene 70 mil pacientes con diabetes. RPP Noticias. 2011 Nov. 11; Disponible en URL: [http://www.rpp.com.pe/2011-11-11-piura-tiene-70-mil-pacientes-con-diabetes-noticia\\_421457.html](http://www.rpp.com.pe/2011-11-11-piura-tiene-70-mil-pacientes-con-diabetes-noticia_421457.html)
3. León A. estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. [Artículo en internet]. Educere. [Citado el 15 de Oct. del 2013]. Disponible desde el url: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo>.
4. Organización Mundial De La Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. [Documento en internet]. [Citado el 20 de Oct. del 2013]. Disponible desde el URL: [http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd\\_report\\_summar](http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd_report_summar)
5. Colagiuri R. Plan mundial contra la diabetes 2011 – 2021.FID. [Serie en internet]. 2010 [Citado el 03 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
6. Romero P. Hacia una comprensión del concepto calidad de vida. [Monografía en internet]. Lima: World Health Organization Quality of life; 2009 [Citado el 28 de Marzo del 2014]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible desde: <http://calidaddevidapablromero.blogspot.com>

7. Vicente B. Calidad de vida en el paciente diabético. Medi sur [Revista en internet]. 2008 Jul [Citado el 28 de Mar 2014]; 6 (3): 226-231. Disponible en URL: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/321/7521>
8. Romero E. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. Ciencias Biomédicas [Revista en línea]. 2010 Sep [Citado el 03 Abr 2014]; 1 (2): 190 – 198. Disponible en: <file:///C:/Users/salazar/Downloads/9-17-1-SM.pdf>
9. Montejo M. Estilos de vida en diabéticos del Instituto Mexicano del Seguro Social: correlación con el modelo de Wallston [Tesis para obtener el grado de maestra en Salud Pública]. Xalapa de Enríquez – Veracruz: Universidad Veracruzana – Instituto de Salud Pública; 2009.
10. Gamboa J. Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. [Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias de enfermería, con énfasis en Salud Comunitaria]. Monterrey – Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León - Dirección General de Bibliotecas; 2004. Disponible desde el URL: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080111055.PDF>
11. Muñoz D. Calidad de vida en pacientes Diabéticos Tipo 2, tratados con insulina vs Tratados sin insulina en atención primaria. [Tesis para optar el Grado de Magister en Salud Pública y Sistemas de Salud]. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2013. Disponible en URL: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/346/1/Tesis%20Dennys%20Munoz.pdf>
12. Domínguez A, Muñoz C, Ponce de León S. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Rev Invest Clin. [Serie en Internet]. 2005 Sep/Oct [Citado el 20 de Mar 2014]; 57

- (5). Disponible en URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000500004&script=sci_arttext)
13. De los Rios J. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. [Serie en Internet]. 2004 [Citado el 21 de Mar 2014]; 42 (2): 109 – 116. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042d.pdf>
14. Salas C. Calidad de Vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Antioquia 2009 [Trabajo de investigación para optar el título de magister en Epidemiología]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública; 2009.
15. Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con Diabetes Mellitus con y sin adherencia al tratamiento. [Tesis para optar el título profesional de Psicología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. Disponible en URL: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/portilla\\_gl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/portilla_gl.pdf)
16. Noda J, Perez J, Malaga G, Aphan M. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Rev Med Hered. [Serie en Internet]. 2008 Abr/Jun [Citado el 20 de Mar 2014]; 19 (2). Disponible en URL: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2008000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005)
17. Haya K, Paima K. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital ESSALUD- II Tarapoto. Junio – Agosto 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional De San Martin; 2012.

Disponible en URL:  
[http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyector/archivo\\_99\\_Binder1.pdf](http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_99_Binder1.pdf)

18. Contreras E. Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal – Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima –Perú 2009. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en URL:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/246/1/contreras\\_se.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/246/1/contreras_se.pdf)
19. Córdova N. Calidad de Vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú - Chiclayo, 2010 [Tesis para optar el grado académico de maestría en enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012
20. Távara J. Factores clínicos- socioculturales relacionados con la capacidad de autocuidado en el paciente del Programa de Diabetes \_ Hospital III Cayetano Heredia – Piura, abril – mayo 2004 [Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2004
21. Lozada A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento en usuarios del programa de hipertensión arterial – Hospital III Cayetano Heredia – Es Salud Piura – Enero – Febrero 2009 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2009
22. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la calidad de vida. [Monografía en internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2006 [Citada 05 Abr. 2014]. Disponible en URL:  
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

23. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc enferm. [Revista en línea]. 2003 [Citado 13 Abr 2014]; 9 (2): 9 - 21 Disponible en URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es)
24. Organización Mundial de la Salud. Calidad De Vida. España: Organización Mundial de la Salud; 2005
25. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. KADMOS. [Serie en internet]. 2009 [Citado 19 Ene 2014]. Disponible en URL:[http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)
26. Raquell P. Teorías y modelos conceptuales según Joyce Travelbee. Buenas tareas. [Serie en línea]. 2012 [Citado 14 Abr 2014] [Alrededor de 6 pantallas]. Disponible en URL: [http://www.buenastareas.com/ensayos/Travelbee/5806774.html?\\_p=2](http://www.buenastareas.com/ensayos/Travelbee/5806774.html?_p=2)
27. Roy C. El Modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de los cuidados [Serie en línea]. 2000 [Citado 14 Abr 2014] 4 (7 y 8): 139 - 159 [Alrededor de 21 pantallas]. Disponible en URL: [file:///C:/Users/salazar/Downloads/CC\\_07-08\\_17%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/salazar/Downloads/CC_07-08_17%20(1).pdf)
28. Merino M. Las 14 necesidades de Henderson: El modelo de suplencia y ayuda. "Definición de enfermería". Generación enfermería [Serie en línea]. 2005 [Actualizado 10 Abr 2014 - Citado 14 Abr 2014] [Alrededor de 21 pantallas]. Disponible en URL: <http://generacionenfermeria.blogspot.com/2009/09/las-14-necesidas-de-henderson-el-modelo.html>
29. Organización Mundial De La Salud. Centro de Prensa: Datos y Cifras sobre Diabetes 2012. [Documento en internet]. [Citado el 25 de Oct. del 2013].

Disponible desde el URL:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

30. González M. Enfermedades: DIABETES. DMedicina.com. [Revista en línea]. 2007 Jun [Citado 20 Feb 2014]. Disponible en URL: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>
31. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Bruselas: International Diabetes Federation; 2014. Disponible en URL: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
32. Pablos P. La calidad de vida se reciente en los pacientes con diabetes. REES MGRAF. 2008; 7 (2): 79 – 82.
33. Vinaccia S. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Rea Converter. 2006; 13 (1): 15 – 31.
34. Ramírez S. Como controlar la diabetes y tener una buena calidad de vida. HUFFPOST VOCES. [Revista en línea]. 2013 Nov [Citado 28 Dic 2013]. Disponible en URL: [http://voces.huffingtonpost.com/2013/11/25/diabetes-control\\_n\\_4339336.html](http://voces.huffingtonpost.com/2013/11/25/diabetes-control_n_4339336.html)
35. Romero R, Diaz G, Romero H. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Seguro Soc. [Revista en línea]. 2011 [Citado 28 Ene 2014];49 (2): 303 - 311 Disponible en URL: <file:///C:/Users/salazar/Downloads/RM2011-2-06.pdf>
36. Melchiors A. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. Seguin Farmacoter. [Revista en línea].



2004 [Citado 22 Marz 2014]; 2 (1): 1 - 11 Disponible en URL:  
<http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/001-011.pdf>

37. Salazar J. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco - México. *Salud Uninorte*. [Revista en línea]. 2012 [Citado 22 Marz 2014]; 28 (2): 264 - 275 Disponible en URL:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/4566/3102>
38. Ludke M, Andre E. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
39. Glat R. *Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental: Agir*; 1989.
40. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé methologique, sés potentiités. *Cahiers internationaux de sociologie*, n. 69, p. 197-225, 1980.
41. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida. *Trabalhando com elites políticas. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28.
42. Kolhi M. *Biografía: relato, texto, método*. In: BERTAUX, D. *Biography*. A. Society. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
43. Minayo M. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
44. Rodriguez P. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61
45. Chizzotti A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais* .4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

46. Santos. O método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marilia. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial
47. Augras M. Prefácio Em Glat, R: Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.
48. Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, v. 44, 1998.
49. Poiner J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Historias de vida: teoría y práctica. Trad. Joao Quintela. 2 ed. Portugal: Celta, 1999.
50. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.
51. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2011 Dic. 7]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
52. Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 2012 Ene. 21]. [11 páginas] Disponible en URL: [www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc](http://www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc)
53. Selye H. El problema del estrés. [Documento en internet]. [Citado 2015. Feb 03]. [5 páginas] Disponible en URL: <http://www.psicopedagogia.com/problema-estres>
54. NYU Langone. [Página en internet]. Nueva York: Randall Bryan; c2015 [actualizado Nov del 2012; citado 18 dic 2014]. Disponible en URL: <http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=123131>

55. Castillo G, Talledo M. Conocimientos y autocuidado en adultos Diabéticos – Essalud – Trujillo, 2009 [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada de Enfermería]. La Libertad – Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2010.
56. Lezana J, Malave C, Tovar M. Programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 que asisten a la unidad de diabetes Dra. Iris García de Mota del Hospital Dr. Julio Rodríguez de Cumana [Trabajo Especial de Grado, presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciada en enfermería]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2005.
57. Chacín L. Si es Posible Mejorar el Control Metabólico de los Pacientes Diabéticos en nuestro medio 2000 [Trabajo Especial de Grado]. Caracas: Unidad de Diabetes del Hospital Vargas; 2000.
58. Figueroa C. Principios Básicos de Nutrición. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas – Venezuela: Centro Médico Docente la Trinidad y Fundación Amigos Contra la Diabetes. 2005
59. Lezama J, Malavé C, Tovar M. Programa de orientación sobre autocuidado a los usuarios con diabetes tipo 2 que asisten a la unidad de diabetes del hospital Dr. Julio Rodríguez de Cumana [Trabajo Especial de Grado, presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciada en enfermería]. Cumana: Universidad de Venezuela; 2005.
60. Carrera C. Objetivos de buen Control de la Diabetes Mellitus. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas – Venezuela: Centro Médico Docente la Trinidad y Fundación Amigos Contra la Diabetes. 2003

61. Brajkovich I. Complicaciones Agudas y Crónicas. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas – Venezuela: Centro Medico Docente la Trinidad y Fundación Amigos Contra la Diabetes. 2003.
62. Becerra A, Lenin A, Arata G, Velásquez E. Prevalencia del síndrome metabólico en la población urbana de Mucuchíes, Mérida-Venezuela. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. [serie en Internet]. 2009 Abril. [citado 10 dic 2014]; 7 (3): 300-312. Disponible en URL: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102009000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102009000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
63. Lubkin I. Impacto e intervenciones. Revista electronica. 2009; 1 (3): 5-6.
64. OPS – OMS. La epidemia de todos; enfermedades crónicas en las Américas [en línea]. En: Revista electrónica de la organización panamericana de la salud. [Consultado junio 21, 2010]. Disponible en Internet: [http://www.ops-oms.org/spanish/dd/pin/ePersp001\\_box01.htm](http://www.ops-oms.org/spanish/dd/pin/ePersp001_box01.htm).
65. Fonteboa M. La diabetes se hereda. Simiclub del diabético. [revista en internet]. 2013. [Consultado dic 18 2014]. Disponible en Internet: <http://www.diabetesbienestarysalud.com/la-diabetes-se-hereda/>
66. Vasquez J. Entorno familiar y paciente diabético. 1 ed. Madrid. Avda. Daroca. 2006.
67. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Hacia la construcción de un modelo de cuidado de cuidadores de personas con enfermedad crónica. Actualizaciones en Enfermería. 2008; 11(2): 22- 28.
68. Segura M. Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud

barranquilla [Programa de maestría en enfermería Bogotá]. Barranquilla – Colombia: Universidad nacional de Colombia facultad de enfermería; 2012.

69. Chaparro L. La cronicidad en América Latina y el Caribe [en línea]. p. 1-34. [Consultado agosto 30, 2010].
70. Azzollini S, Bail V, Vidal V. Diabetes: Importancia De La Familia Y El Trabajo En La Adhesión Al Tratamiento [Revista en línea]. 2011 abril [Citado el 8 enero 2015]; 18 (2): 323 – 330. Disponible en URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WPemDH3gWS8J:www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a35.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
71. Concepcion R, Ávalos M. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social [monografía en internet]. Mexico: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2012 septiembre 18 [citada 2015 Oct 7]. [Alrededor de 14 pantallas]. Disponible desde: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\\_2\\_13/spu13213.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm)
72. Schütz B, Tavares M. La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: una revisión de literatura. Mi Scielo [Revista en línea]. 2013 abril [Citado el 14 dic 2014]; 12 (30). Disponible en URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200019&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200019&script=sci_arttext)
73. Klobossa N, Moreland P. La diabetes y las emociones Comprender y sobrellevar los aspectos emocionales de la diabetes. NIPRO Diagnostics 2010; 20: 2-8. Disponible en: [http://www.niprodiagnostics.com/diabetes\\_resources/downloads/true\\_insight/MKT0306Sr20\\_Emotions\\_Spanish.pdf](http://www.niprodiagnostics.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0306Sr20_Emotions_Spanish.pdf)

74. Vanderven N, Weinger K, Snoek F. Terapia cognitivo-conductual: cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. *Diabetes Voice* [Revista en línea]. 2002 nov [Citado el 16 dic 2014]; 47 (3): 10-13. Disponible en URL: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_118\\_es.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_118_es.pdf)
75. Cárdenas JN, Rodríguez R, Munguía C, Hernández JL. Nivel de información médica sobre diabetes, actitud de los pacientes hacia la enfermedad y su asociación con el nivel de control glucémico. *Atencion primaria*. [serie en internet] 2000 [citada 07 octubre 2015]; 26(05): [Alrededor de 08 pantallas]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-nivel-informacion-medica-diabetes-actitud-los-pacientes-11900>
76. National Institute of Mental Health. [página en internet]. Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos; C2009 [Actualizado 22 diciembre 2013; citado 19 diciembre 2014]. Disponible en URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-la-diabetes/index.shtml>
77. Portilla L, Romero M, Román J. El Paciente Diabetico, Aspectos Psicologicos de su manejo. *Revista latinoamericana de Psicologia* [revista en internet]. 2001 feb 20 [citada 2015 Octubre 09]; 23(02): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80523203>
78. Terron A. Diabetes y su impacto emocional. Copyright . [serie en internet]. 2012 nov 13 [citada 2015 octubre 08]; 47(10): [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.psicologiaamayaterron.com/novedades-y-noticias/diabetesysuimpacto-emocional>

**ANEXOS**



**ANEXO 01**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE  
ESCUELA POST GRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:**

---

Edad : \_\_\_\_\_

Sexo : \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_

Grado de instrucción : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_

Número de hijos : \_\_\_\_\_

Hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con su calidad de vida



## ANEXO N°02

### TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Magdalena Benites Arica, bajo la orientación de la Mgtr Enf. Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta cassette, a los pacientes con Diabetes Mellitus.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo. A los participantes que desean participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

---

Lic. Enf. Magdalena Benites Arica

Yo:.....mediante los esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

---

**Firma del entrevistado**