

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



“RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA 2014”

Tesis presentada por las Bachilleres:

***FELICITAS DEL CARPIO REVILLA
JOSSELIN DUBALID VASQUEZ SALAS***

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERIA

**AREQUIPA – PERU
2015**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

S.D

De conformidad con lo establecido en la facultad de enfermería que UD. Dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **“RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CULB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014”**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperemos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académico y técnicos correspondientes

Arequipa, Marzo del 2015

Felicitas del Carpio Revilla

Josselin Dubalid Vasquez Salas

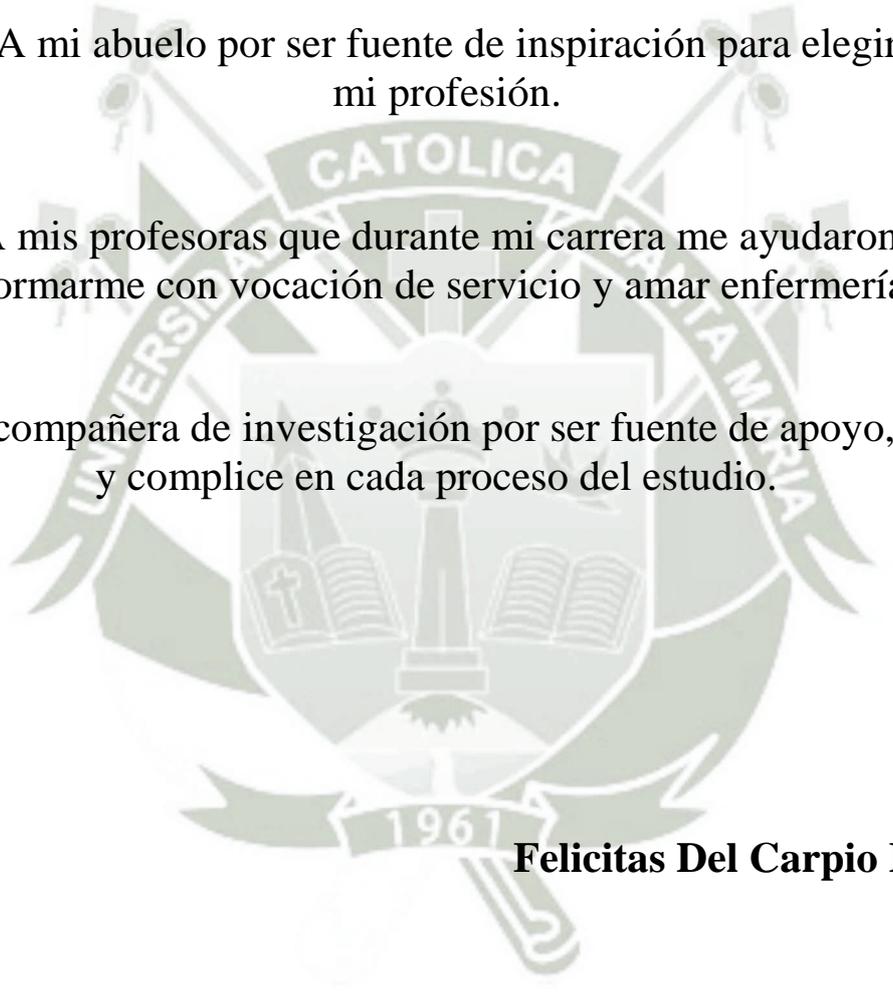
A Dios quien alumbra mi camino y guía mis pasos.

A mi madre por su amor, apoyo y dedicación, a mi padre por ayudarme a cumplir mis sueños.

A mi abuelo por ser fuente de inspiración para elegir mi profesión.

A mis profesoras que durante mi carrera me ayudaron a formarme con vocación de servicio y amar enfermería.

A mi compañera de investigación por ser fuente de apoyo, amiga y complice en cada proceso del estudio.



Felicitas Del Carpio Revilla

A Dios quien supo iluminar mi andar en mi día a día.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional, su amor, su confianza y su gratitud.

A mis hermanas por su apoyo y compañía en cada momento.

A una persona muy especial con amor por ser mi amigo y compañía inseparable en cada momento de mi vida.

A mis docentes por ser mis guía en esta profesión con amor con pasión.

A mi compañera de investigación por ser fuente de apoyo, amiga y complice en cada proceso del estudio.

Josselin Dubalid Vasquez Salas

INDICE

	Pág.
INDICE DE ILUSTRACIONES	
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO TEORICO	
1.PROBLEMA DE INVESTIGACION	5
1.1.ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
1.2.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1.Ubicación del Problema	5
1.2.2.Análisis de Variables	6
1.2.3.Interrogantes Básicas	7
1.2.4.Tipo y Nivel del Problema	7
1.3.JUSTIFICACION	7
2.OBJETIVOS	9
3.MARCO TEORICO	10
3.1.DIABETES	10
3.1.1.DEFINICION	10
3.1.2.TIPOS DE DIABETES	10
3.1.3.DIAGNOSTICOS DE DIABETES	11
3.1.4.EPIDEMIOLOGIA	12
3.1.5.TRATAMIENTO	13
3.1.6.PREVENCION	14
3.1.7.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE DIABETICO	15
3.2. APOYO SOCIAL	18
3.2.1.DEFINICION	18
3.2.2.DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL	19
3.2.3.TIPOS DE APOYO SOCIAL	20

3.2.4.EFECTOS DEL APOYO SOCIAL	21
3.2.5.REDES DE APOYO SOCIAL	22
3.2.6.CONSECUENCIAS DEL APOYO SOCIAL	23
3.3. CALIDAD DE VIDA	24
3.3.1.DEFINICION	24
3.3.2.DIMENSIONES	26
3.3.3.CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA	27
3.3.4.FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA	27
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	30
5. HIPOTESIS	32

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.TECNICA E INSTRUMENTOS DE VERIFICACION	33
2.CAMPO DE VERIFICACION	34
2.1.UBICACION ESPACIAL	34
2.2.UBICACION TEMPORAL	34
2.3.UNIDADES DE ESTUDIO	34
3.ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	35

CAPITULO III

RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	59

INDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
INFORMACION GENERAL	
TABLA N° 1: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN EDAD EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	37
TABLA N° 2: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN GENERO EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	38
TABLA N° 3: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	39
TABLA N° 4: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DEPENDENCIA ECONOMICA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	40
TABLA N° 5: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN COEXISTENCIA FAMILIAR EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	41
APOYO SOCIAL	
TABLA N° 6: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION APOYO SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	42
TABLA N° 7: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN EL TAMAÑO DE LA RED SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	43
TABLA N° 8: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION APOYO EMOCIONAL/INFORMACIONAL DEL APOYO SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	44
TABLA N° 9: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION APOYO INSTRUMENTAL DEL APOYO SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	45
TABLA N°10: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION INTERACCION SOCIAL POSITIVA DEL APOYO SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	46
TABLA N° 11: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION APOYO AFECTIVO DEL APOYO SOCIAL, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	47

CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 12: PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN CALIDAD DE VIDA, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	48
TABLA N° 13: RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA EDAD EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES , HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	49
TABLA N° 14: RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	50
TABLA N° 15: RELACION ENTRE LA CALIDA DE VIDA Y LA EDAD EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	51
TABLA N° 16: RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	52

RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 17: RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014	53
---	----

RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA 2014

DELCARPIO REVILLA FELICITAS¹
VASQUEZ SALAS JOSSELIN D.²

RESUMEN

El estudio tiene como objetivos 1. Identificar el apoyo social de los asistentes al club de diabetes. 2. Determinar la calidad de vida de los asistentes al club de diabetes. 3. Relacionar el apoyo social y la calidad de vida, en los asistentes al club de diabetes. La investigación se ubica en el campo de ciencias de la salud en un nivel relacional de corte transversal. La técnica fue la encuesta para ambas variables, los instrumentos constan de Cuestionario MOS-SSS de apoyo social y Cuestionario SF-36 para calidad de vida, que fueron aplicados a 46 adultos de ambos géneros asistentes al club. Los datos se procesaron estadísticamente y fueron interpretados, las conclusiones fueron: PRIMERO: En relación al apoyo social de los pacientes asistentes al club, la mayoría presentó apoyo social medio, seguido por el apoyo social máximo teniendo una cuarta parte apoyo social mínimo. SEGUNDA: Aproximadamente la mitad de los pacientes asistentes al club, presentó buena calidad de vida, teniendo un alto porcentaje de pacientes con mala calidad de vida. TERCERA: Existe un alto nivel de significancia estadística ($p=0.001$) y de acuerdo al χ^2 la relación es directa entre la variable apoyo social con la calidad de vida, por lo que a mayor apoyo social mejor calidad de vida. Siendo las recomendaciones: PRIMERA: A las autoridades y personal encargado de los programas de control ambulatorio y club del diabético incluir a las fuentes de apoyo, con el fin de que las familias reconozcan la importancia del apoyo social para el desarrollo de estilos saludables y mejora de la calidad de vida de sus familiares y fortalezcan aún más el enfoque preventivo promocional de la salud. SEGUNDA: Realizar el seguimiento preventivos, especialmente a los pacientes que tienen apoyo social mínimo.

.Palabras clave: Apoyo social, calidad de vida, red social

¹ Tesis para obtención del título Profesional de Licenciadas en Enfermería Facultad de Enfermería –UCSM Calle Carlos Baca Flor # 132 Umacollo, Cercado Arequipa, Perú Email: flcts.delcarpio@gmail.com

² Tesis para obtención del título Profesional de Licenciadas en Enfermería Facultad de Enfermería –UCSM Jr. Huamachuco Mz 9 Lt 5A, Cerro Colorado Arequipa, Perú Email: jossy_lunitavs@hotmail.com

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OF CLUB OF DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA – AREQUIPA 2014

DELCARPIO REVILLA FELICITAS³
VASQUEZ SALAS JOSSELIN D.⁴

ABSTRACT

The study objectives are: 1. Identify social support from those attending the diabetes club. 2. Determine the quality of life of those attending the club diabetes. 3. Relate social support and quality of life of the diabetes club. The investigation is located in the field of health sciences, a relational level cross section. The technique was structured for both variables questionnaire, the instruments consist of MOS-SSS social support and SF-36 for quality of life, which were applied to 46 adults of both genders attendings to the club. The data was processed statistically and was interpreted, the findings were. **FIRST:** About social support, most presented average social support, followed by the maximum social support having at least a quarter of social support. **SECOND:** Approximately half of the patients attending the club, provided presented good quality of life, having a high percentage of patients with poor quality of life. **THIRD:** There is a high level of statistical significance ($p = 0.001$) and according to the χ^2 there between social support for quality of life, so that greater social support better quality of life. The recommendations: **FIRST:** That The authorities and person in charge of the club diabetic control might include sources of support, so that families recognize the importance of social support for the development of healthy lifestyles and quality improvement lives of their families and strengthen further promotional preventive approach to health. **SECOND:** Perform preventive monitoring, especially patients who have minimal social support..

.Keywords: social support, quality of life, social network

³ Thesis for obtaining the title of Licensed Vocational Nursing School of Nursing –UCSM Calle Carlos Baca Flor # 132 Umacollo, Cercado Arequipa, Perú Email: flcts.delcarpio@gmail.com

⁴Thesis for obtaining the title of Licensed Vocational Nursing School of Nursing –UCSM Jr. Huamachuco Mz 9 Lt 5A, Cerro Colorado Arequipa, Perú Email: jossy_lunitavs@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia, como por su carácter permanente, que obliga a realizar diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que las personas deben afrontar, una de ellas es la diabetes mellitus; pese a esto la buena salud no se mide por patologías sino en términos de función y por lo tanto esto no impide que alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

La cronicidad que caracteriza a la diabetes y de manera particular a quienes la padecen, lleva a un deterioro gradual del bienestar que va desde aspectos leves en su diario vivir hasta alcanzar aspectos fisiológicos, psicológicos sociales y familiares de ahí que la ayuda proveniente de la familia y amigos es un tema de interés para investigar. La diabetes (DM), constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones siendo la invalidez y muerte prematura las consecuencias más graves y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida.

Entre las estrategias que la persona con diabetes lleva a cabo para vivir con la enfermedad, se encuentra la búsqueda de ayuda y apoyo no solo del personal sanitario, sino, también y de forma destacada de las personas de su red social, sobre todo de su familia. Se considera que ese apoyo es capaz de compensar el efecto del estrés y la carga física originado por la enfermedad.

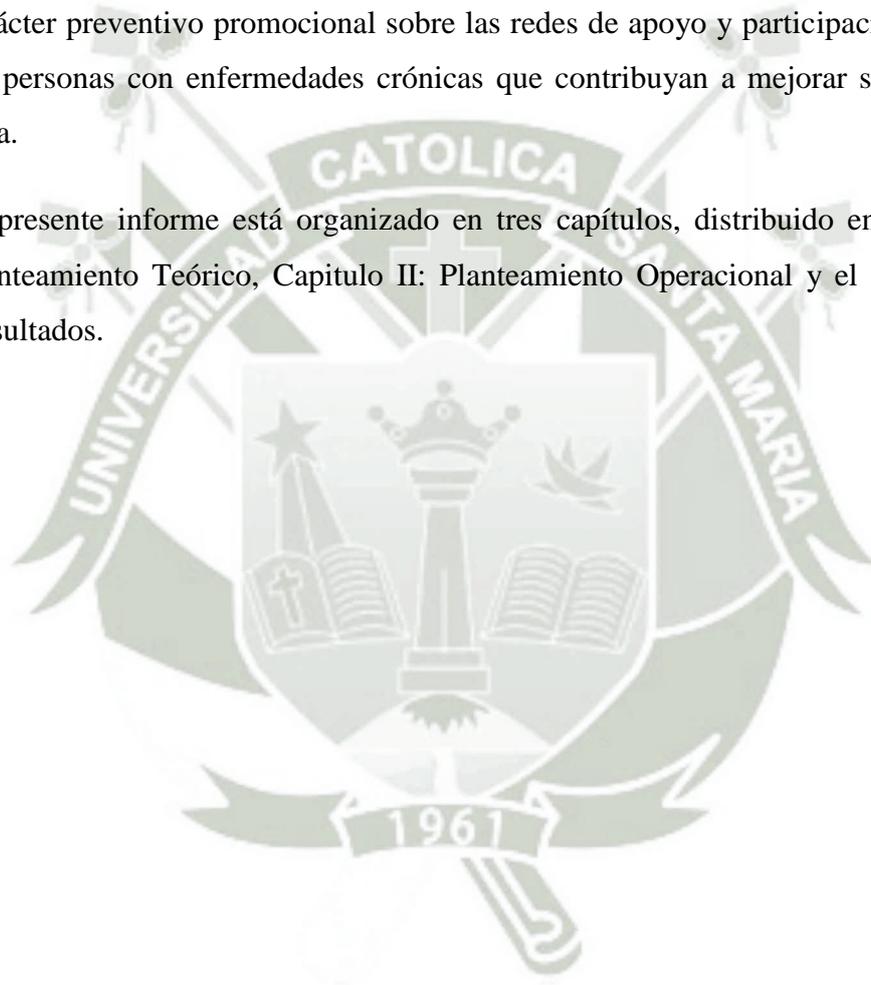
El apoyo social y familiar es considerado como factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes. La interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico. Se debe destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas ocasionados por la enfermedad, subrayando el papel de

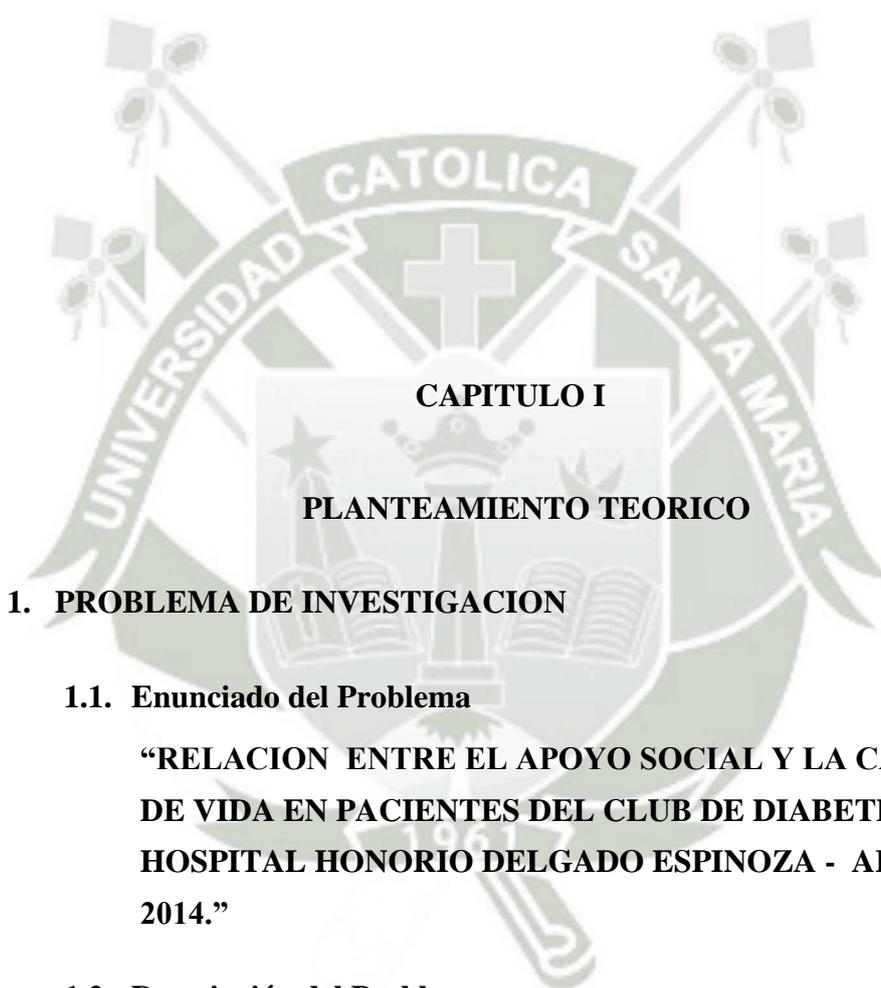
cuidador primario, pues es quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional

Por lo tanto una buena calidad de vida de los pacientes con diabetes significa tener paz, tranquilidad, ser apoyado y protegido por otras personas con dignidad, afecto y respeto por su persona.

Es por todo ello, que nos motivamos a la realización del presente trabajo. Teniendo como propósito contribuir a diseñar e implementar estrategias y programas de carácter preventivo promocional sobre las redes de apoyo y participación social de las personas con enfermedades crónicas que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El presente informe está organizado en tres capítulos, distribuido en Capítulo I: Planteamiento Teórico, Capítulo II: Planteamiento Operacional y el Capítulo III: Resultados.





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado del Problema

“RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA 2014.”

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería
- c. Línea : Salud del Adulto

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

Independiente: Apoyo social

Dependiente: Calidad de vida

<p>DATOS GENERALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Estado Civil • Dependencia económica • Convivencia Familiar 	
<p>VARIABLES</p>	<p>INDICADORES</p>	<p>SUBINDICADORES</p>
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APOYO SOCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional/informacional - Apoyo instrumental - Interacción social positiva - Apoyo afectivo 	<p>Escala del cuestionario apoyo social Autor: MOS; Sherbourne y Stewart, 1991</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoyo social máximo: De 58 a 95 puntos. -Apoyo social medio: De 20 a 57 puntos. -Apoyo social mínimo: De 0 a 19 puntos
<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CALIDAD DE VIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Función física (FF) - Rol físico (RF) - Dolor corporal (DC) - Salud general (SG) - Vitalidad (VT) - Función social (FS) - Rol emocional (RE) - Salud mental (SM) 	<p>Escala del cuestionario de calidad de vida SF- 36 Autor: Dr. Alonso J. Presto – España</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena calidad de vida: De 68 a 100 puntos - Regular calidad de vida: De 34 a 67 puntos. - Mala calidad de vida : De 0 a 33 puntos..

1.2.3. Interrogantes Básicas

- A. ¿Qué apoyo social tienen los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza– Arequipa, 2014?
- B. ¿Qué calidad de vida tienen los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, 2014?
- C. ¿Cómo es la relación entre el apoyo social y la calidad de vida de los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, 2014?

1.2.4. Tipo , Nivel

Tipo : De Campo.

Nivel : Relacional, de corte transversal.

1.3. Justificación

El presente estudio busca identificar la relevancia y la influencia que tiene el apoyo social sobre la calidad de vida de pacientes que sufren de Diabetes Mellitus; para esto se decidió estudiar y evaluar el apoyo social con el que cuentan los pacientes del club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, asociándolo a su vez, con la calidad de vida de la que gozan los mismos.

La búsqueda de ayuda y apoyo social se ha convertido en una de las principales armas que utilizan las personas que padecen de diabetes, permitiéndoles hacer frente a la carga física, emocional y psicológica que implica y conlleva esta enfermedad, por lo que estudiar el grado de apoyo social de estos pacientes nos permite entender la calidad de vida que tienen, y nos alienta a tratar de mejorar la misma.

La contribución y la influencia positiva que muestra y determina el apoyo social sobre las conductas de un paciente con diabetes en relación a la adherencia al tratamiento y su actitud frente a los problemas constantes ocasionados por esta enfermedad, nos exige tomar en cuenta la importancia del apoyo afectivo, emocional e incluso instrumental que pudiera otorgar el entorno social y familiar del paciente, estimulándonos a contribuir en diseñar e implementar estrategias y programas de carácter preventivo promocional sobre las redes de apoyo y participación social de las personas que padecen de enfermedades crónicas como esta.

En la actualidad se ha demostrado la prevalencia creciente de esta enfermedad como un problema persistente de salud pública, tanto a nivel nacional, como mundial, por lo que es imperativo mejorar el enfoque humano en relación a la calidad de vida de personas que padecen esta enfermedad y tratar de influir y concientizar a su entorno social sobre el rol que cumple en el proceso de tratamiento y recuperación de estos pacientes.

Es importante mencionar que no se han encontrado estudios precedentes similares al presente estudio en pacientes diabéticos de Arequipa, lo cual junto a lo explicado previamente motiva el desarrollo de la presente tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería.

Siendo de nuestro mayor interés la realización del estudio el deseo de obtener el título profesional de licenciadas en enfermería, como aportar los conocimientos derivados de los resultados de la investigación a la profesión de enfermería.

2. OBJETIVOS

1. Identificar el apoyo social de los pacientes que asisten al club de diabetes del hospital regional Honorio Delgado Espinoza.
2. Determinar la calidad de vida de los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
3. Relacionar el apoyo social y la calidad de vida, en los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital regional Honorio Delgado Espinoza.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 DIABETES

3.1.1 DEFINICION

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, es 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). De hecho, el nombre científico de la enfermedad es diabetes mellitus, que significa "miel".

3.1.2 TIPOS DE DIABETES

A-DIABETES MELLITUS TIPO I

La diabetes mellitus tipo 1 o también conocida como diabetes juvenil o diabetes mellitus insulino dependiente, es una enfermedad autoinmune y metabólica caracterizada por una destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina. Se diferencia de la diabetes mellitus tipo 2 porque es un tipo de diabetes caracterizada por darse en época temprana de la vida, generalmente antes de los 30 años. Sólo 1 de cada 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. La administración de insulina en estos pacientes es esencial, ya que el páncreas no produce la insulina. La diabetes tipo 1 se clasifica en casos autoinmune la forma más común y en casos idiopáticos. La susceptibilidad a

contraer diabetes mellitus tipo 1 parece estar asociada a factores genéticos múltiples, aunque solo el 15-20% de los pacientes tienen una historia familiar positiva.

B-DIABETES MELLITUS TIPO II

Diabetes mellitus tipo 2 o diabetes del adulto (conocida anteriormente como diabetes no-insulino dependiente) es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Unos pacientes pueden tener más resistencia a la insulina, mientras que en otros se puede dar un mayor defecto en la secreción de la hormona. Los cuadros clínicos pueden ser leves o severos. La diabetes tipo 2 es la forma más común dentro de la diabetes mellitus.⁵

3.1.3 DIAGNOSTICOS DE DIABETES

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían entre 70-110 mg/dl. El diagnóstico de diabetes mellitus es posible por cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Glicemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl, especialmente asociada a síntomas como astenia, somnolencia, prurito vulvar y susceptibilidad a las infecciones.
- Glicemia al azar igual o mayor de 200 mg/dl, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polodipsia, pérdida de peso, visión borrosa).
- Glicemia igual o mayor de 200 mg/dl, dos horas después de una sobrecarga de 75 g de glucosa por vía oral.

⁵Brunner S. Enfermería Médico Quirúrgico. 9na Ed. México:Edit.Mc Graw; 2002;Pp 224-232

Los exámenes requeridos para el diagnóstico son los siguientes:

- Hemoglobina glucosilada $\geq 6,5 \%$
- Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl
- Glucemia plasmática a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa) ≥ 200 mg/d
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia⁶

3.1.4 EPIDEMIOLOGIA

En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas. Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. En el año 2010, se han registrado 55.4 millones de personas con Diabetes que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y Sur y 37.4 millones en Norte América y El Caribe. En el Perú, diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030⁷ En Arequipa el 2012 se presentaron 4 mil 500 casos de diabetes en los diferentes hospitales de la región, mientras que el primer semestre del 2014 se han presentado 2 mil 300 casos⁸ de los cuales el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza reporto 625 casos.⁹

⁶ Rosario IG, Lourdes BR, Sara AM, Rosario S .Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica[Internet].2004[citado 23 Feb 2015] ;05(Supl Extr 2):1-24.disponible en: http://www.diabetespractica.com/docs/publicaciones/139384915902_interior_5-2.pdf

⁷Minsa.gob.[Internet].peru:minsagob;2010[actualizado el 1 feb del 2014;citado el 5 de feb 2015] disponible en :<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>

⁸ Informes de la coordinación regional de Enfermedades No Transmisibles de la Dirección Regional de Salud de Arequipa

⁹Sistema estadístico del Hospital Honorio Delgado Espinoza

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes o retrasar su aparición.

3.1.5 TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesaria con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

Fármacos hipoglucemiantes orales. Se prescriben a personas con diabetes tipo II que no consiguen descender la concentración de azúcar en sangre a través de la dieta y la actividad física, no son eficaces en personas con diabetes tipo I.

La metformina, si no existe contraindicación y es tolerada, es el tratamiento inicial de elección para el tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2

Tratamiento con insulina. En pacientes con diabetes tipo I es necesario la administración exógena de insulina ya que el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo II si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, ya que si se tomase por vía oral sería destruida en aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza. Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin

embargo, cualquier cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina.¹⁰

3.1.6 PREVENCIÓN

Prevención Primaria. Tiene por objeto evitar el inicio de la diabetes mellitus, con acciones que se toman antes que se presenten las manifestaciones clínicas.

En la población general: Medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio ambientales, que junto con los factores genéticos constituyen causas desencadenantes de la enfermedad.

En la población a riesgo: El equipo de salud deberá dedicar sus esfuerzos a identificar a la población en riesgo para hacer prevención primaria. La población en riesgo está constituida por personas mayores de 40 años, obesos, con antecedentes familiares de diabetes mellitus, mujeres con hijos macrosómicos y/o antecedentes obstétricos patológicos, menores de 40 años con enfermedad coronaria, hipertensos e hiperlipidémicos.

Prevención Secundaria. Está dirigida a los portadores de intolerancia a la glucosa y a los pacientes diabéticos ya diagnosticados. Tiene como objetivo procurar el buen control de la enfermedad, retardar su progresión y prevenir las complicaciones agudas y crónicas. Se debe incidir en la modificación del estilo de vida, el control metabólico óptimo, la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones.

Prevención Terciaria. Está dirigida a pacientes con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión. Esto incluye un control metabólico óptimo, evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social e impedir la mortalidad temprana. La prevención

secundaria y terciaria requiere de la participación multidisciplinaria de profesionales especializados.¹¹

3.1.7 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE DIABETICO

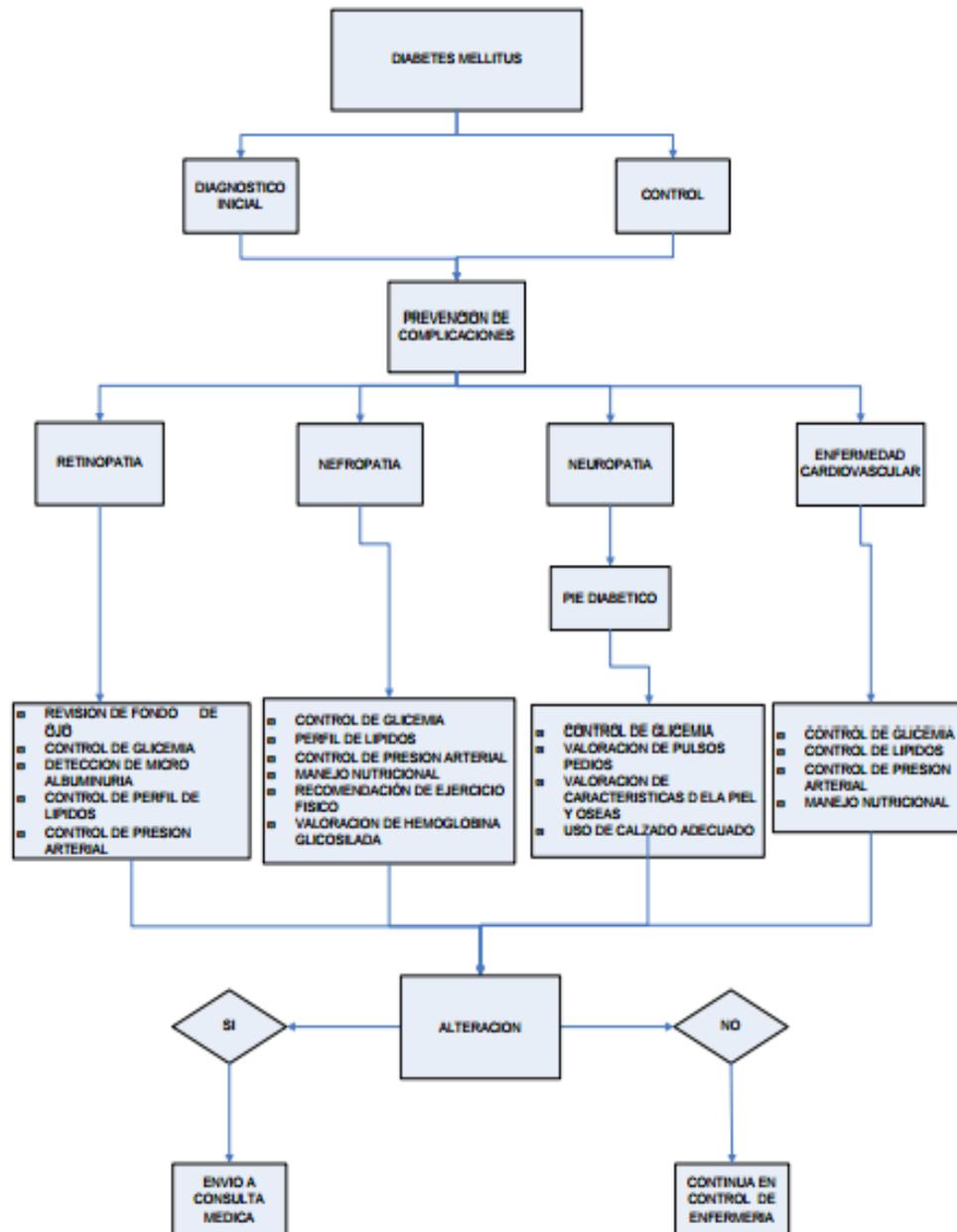
La importancia del control de la glucemia para reducir las complicaciones en el sujeto diabético se ha demostrado claramente en estudios prospectivos a largo plazo, aleatorios y de intervención. El primer objetivo del control de la glucemia en la mayoría de los diabéticos debe ser disminuir la hemoglobina glicosilada a menos de dos puntos porcentuales por arriba del límite superior de lo normal, además, la intensidad del tratamiento debe individualizarse y ajustarse en cada caso. Es indispensable en el cuidado del paciente diabético manejar simultáneamente las otras variables metabólicas que coexisten alteradas junto a la hiperglucemia, es decir, deben vigilarse estrictamente la concentración de colesterol sérico, colesterol HDL, LDL y triglicéridos, así como, las variables peso, índice de masa corporal (IMC), relación cintura cadera y la presión arterial sistólica y diastólica. Para minimizar la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, los siguientes parámetros se deben ajustar a cada paciente en particular:

- Educar al paciente diabético es crucial para garantizar el éxito de todas las formas terapéuticas.
- Garantizar un régimen de insulina de múltiples componentes o hipoglicemiantes orales, combinados o separados, en esquemas que fomenten la normoglucemia del paciente.
- Fomentar un equilibrio entre el consumo de alimentos, la actividad física y la dosis del medicamento.
- Familiarizar al paciente con el auto monitoreo de la glucosa sanguínea, que reemplazó a la prueba de orina como método de control.
- Es necesario incentivar la comunicación entre el paciente y el personal del área de la salud.

¹¹ Zubiarte M, Cols. Acta Médica y Consenso para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Vol. 11 Perú; 1999 .pp. 4-6

- Es imprescindible el apoyo psicológico.
- Fomentar la reducción en el consumo de calorías tendiente a minimizar la producción hepática de glucosa.
- El ejercicio constituye la piedra angular en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, pues disminuye la resistencia a la insulina, el peso corporal, los perfiles lipídicos y otros factores de riesgo cardiovascular.

FLUXOGRAMA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ¹²



¹²Cenetec.salud.gov.[Internet].mexico .cenetec.salud;2010[citado el 5 de feb 2015] disponible en: http://www.cenetec.salud.gov.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/717_GPC_complicaciones_cronicas_pacientes_con_diabetes_mellitus/717GRR.pdf

A. CUIDADOS DEL PIE DIABETICO

La valoración de los pies y las instrucciones para su cuidado son más importantes cuando se trata de pacientes con alto riesgo de desarrollar infecciones en los mismos. Los factores de alto riesgo incluyen:

- Diabéticos con más de diez (10) años de realizado el diagnóstico.
- Mayores de cuarenta (40) años.
- Antecedentes tabáquicos.
- Pulso periféricos disminuidos.
- Sensibilidad disminuida.
- Deformidades anatómicas del pie (juanetes).

Las acciones más importantes que debe cumplir la enfermera, además de las indicaciones médicas, se aplican:

- En pacientes hospitalizados: inspección diaria del pie. Revisar diariamente los pies en busca de signos de enrojecimiento, fisuras, ampollas, callosidades, disminución de la movilidad articular. Si tiene dificultades para poder ver sus pies, se puede sugerir la utilización de un espejo irrompible.
- El lavado diario de los pies se debe realizar con agua tibia en forma rápida. Antes del baño o la ducha, comprobar que el agua esté entre 32°C y 35°C, usando un termómetro. Secar bien los pies ejerciendo presión sobre la misma, no frotando la piel, incluyendo los espacios interdigital. Es importante aplicar una loción hidratante todos los días.
- Si existe callosidad debe solamente utilizar piedra pómez para disminuir la callosidad. Está contraindicado cortar los callos, usar líquidos abrasivos y si es necesario referir al podólogo.
- Se debe recordar al paciente no apoyarse directamente en el miembro afectado y considerar la utilización de muletas o sillas de ruedas si el reposo no es factible. Educar al paciente sobre la importancia de utilizar calzado ligero o especialmente diseñado para pies insensibles, la parte interna del calzado se debe revisar en forma visual y manual para detectar rugosidades, clavos salientes o imperfecciones que pudieran lesionar. Es importante revisar los zapatos antes de ponérselos
- Es necesario evitar conductas que pongan en riesgo al paciente como caminar descalzos, uso de sandalias, almohadillas calientes o fomenteras, también está contraindicado cortarse las uñas con tijeras o navajas, es recomendable limar las uñas en forma recta.
- La circulación de la sangre hacia los pies se logra con mayor actividad física, además, es recomendable elevar las piernas cuando esté sentado. Enseñe la siguiente rutina de ejercicios: mueva los dedos de los pies por 5 minutos, 2 ó 3 veces al día, luego sus tobillos hacia arriba y hacia abajo y lado a lado para mejorar la circulación de la sangre en las piernas y los pies.

B. RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES QUE UTILIZAN INSULINA

- Siga su horario de inyecciones de insulina con exactitud
- Use las dosis prescritas.
- Aplíquese la insulina a las mismas horas todos los días (en relación con los horarios de las comidas).
- Aplíquese la insulina todos los días. Nunca salte una inyección, aún si no puede comer, a menos que se lo indique el médico.
- Hable con el médico antes de cambiar la insulina o de horario para inyectársela.
- Verifique la fecha en que caduca la insulina antes de usarla.
- Observe el aspecto de la insulina para asegurarse de que este en buen estado.
- Aplíquese cada inyección de insulina en un lugar diferente, rotando los puntos.
- Equilibre las comidas y los ejercicios con la insulina, un exceso de actividad o muy poca comida pueden modificar el valor de la glucemia.¹³

3.2 APOYO SOCIAL

3.2.1 DEFINICIÓN

El apoyo social son las provisiones instrumentales o expresivas, dadas por las redes sociales, familia y amigos.

Según Saranson el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.¹⁴

¹³ S Jiménez, F Contreras, C Fouillioux, A Bolívar y H Ortiz .Intervención de enfermería en el paciente diabético .Rev. Fac. de medicina[Internet].2001[citado 10 Enr 2015]disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692001000100005&script=sci_arttext

¹⁴Angarita O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Jun [acceso 2015 Feb 23]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021>.

Frey estableció que el apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener contacto personal. Agrega que es un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre personas.¹⁵

3.2.2 DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL

Todas estas dimensiones han de ser consideradas como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica.

- A. DIMENSIÓN EMOCIONAL:** Esta comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Éste tipo de apoyo hace que las personas se sientan queridas o amadas y con sentimientos de ser valorados.
- B. DIMENSIÓN INSTRUMENTAL:** Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad).
- C. DIMENSIÓN INFORMATIVA:** Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se

¹⁵Fernández R. Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social. [Internet]. Colombia; 2010. [Acceso 4 octubre 2014]. disponible en:file:///C:/Users/PC/Downloads/107281-428001-1-PB.pdf

diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

D. DIMENSIÓN EVALUATIVA O VALORATIVA: El "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.¹⁶

3.2.3 TIPOS DE APOYO SOCIAL

A. APOYO ESTRUCTURAL: Evalúa la existencia y tamaño de relaciones sociales que posee la persona. El tamaño es considerado como el número de personas con las que se mantiene contacto, así, el número de miembros que componen la red social ofrecen una idea sobre la cantidad y diversidad de los recursos que la persona tiene disponibles. Sin embargo, esta perspectiva también suscita algunas críticas, como el hecho de no profundizar en otros factores como los aspectos perceptivos o valorativos por parte de los participantes, queda claro que contar con una red social considerable no implica directamente la integración en la sociedad, pero sí facilita su acercamiento

B. APOYO FUNCIONAL: Se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs. apoyo recibido) y el que se

¹⁶Pérez M, Daza F. El apoyo social. España; 2008. p. 14

refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste.

3.2.4 EFECTOS DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social puede tener un efecto directo y un efecto amortiguador.

C. EFECTO DIRECTO: El efecto directo o principal del apoyo social sugiere que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante, por las relaciones de apoyo previas que se poseen antes de que ocurra el hecho que motivó el estrés. La asociación positiva entre apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social; según la hipótesis de este efecto directo, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos psicológicos.

D. EFECTO AMORTIGUADOR: El efecto amortiguador o protector del apoyo social sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante y posterior a los eventos; según la hipótesis de este efecto, cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo.¹⁷

¹⁷Castro T. Red social y salud [Internet]. Colombia. 2005.[Citado 1 octubre 2014] Disponible en:file:///C:/Users/PC/Downloads/145012-196862-1-PB.pdf

3.2.5 REDES DE APOYO SOCIAL

A. RED INFORMAL O GRUPO PRIMARIO: Se basa en las relaciones personales, familiares, amigos y vecinos, siendo ésta la fuente de apoyo social.

- **La familia:** Es en la familia donde se desarrolla el ser humano. Es ahí donde va a satisfacer sus necesidades básicas como son la de alimentación, vivienda, vestimenta, salud; y donde experimentará afectos, el sentirse amado y aceptado por los demás. Por ello es necesario rodear al adulto mayor, de afecto sincero, sin sobreprotección que lo anule, y permitiéndole crecer y lograr una conducta autónoma. Desde ésta perspectiva, la familia aparece como el mejor contexto para acompañar al adulto mayor, significa ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y la fuente de apoyo afectivo.

- **Los amigos y vecinos:** Las redes de amistades y vecinos son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar. En ocasiones en ausencia de la familia esta constituye la principal fuente de apoyo.

B. RED FORMAL O GRUPO SECUNDARIO: Sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones

que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores.¹⁸

3.2.6 CONSECUENCIAS DEL APOYO SOCIAL

A. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

Numerosos estudios han encontrado que el apoyo social es un promotor de la salud, y la recuperación de la salud se asocia con un descenso en el riesgo de mortalidad, House, Landis & Umberson, 1988, indicaron que la fuerza de la asociación entre ausencia de apoyo social y salud era tan fuerte como el de otros factores de riesgo bien conocidos:

Fumar, presión sanguínea, obesidad y bajos niveles de actividad física. Quizás uno de los trabajos más reveladores sea el llevado a cabo por Berkman y Syme (1979) en Oakland (condado de Alameda, California), estos autores hallaron, tras un seguimiento de nueve años que las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir durante ese período casi tres veces superior a la de aquellos que disfrutaban de una mayor vinculación social, las personas que disponen de mayor apoyo tienen también la posibilidad de obtener mejores cuidados médicos, la mayor disponibilidad de apoyo supone una mayor provisión de ayuda directa proveniente de la propia red, lo que se traduce en un mejor estado de salud, la red social actúa como modelo para la adquisición de conductas saludables que disminuyen el riesgo de padecer enfermedad.

¹⁸Guzmán J, Montes V. Redes de apoyo social marco conceptual. Chile; 2002 .pp. 4-6

B. CONSECUENCIAS EN EL BIENESTAR SUBJETIVO

Cuando se analiza la relación entre apoyo social y alteraciones psicopatológicas, la depresión ocupa sin duda un lugar muy importante desde el punto de vista negativo, sin embargo, el apoyo social satisfactorio puede traer consigo efectos positivos como el aumento de sentimientos de autovalía y la autoconfianza a nivel general, protección del aislamiento social, reducción del riesgo de depresión, contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto, menores niveles de ansiedad experimentada, autoimagen positiva y expectativa de interacción social adecuada.¹⁹

3.3 CALIDAD DE VIDA

3.3.1 DEFINICION

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

La calidad de vida está referida al bienestar y estudia aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo, siendo el principal criterio el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida. La calidad de vida es un estado de satisfacción general, posee aspectos subjetivos y objetivos. Los aspectos subjetivos son el bienestar físico, psicológico y social, incluye factores como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida y salud objetiva. Los aspectos objetivos

¹⁹Gallar J. La familia el apoyo social y la salud. España; 2009 .p. 23

referidos al bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida. Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de 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.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.²⁰

²⁰Velarde E, Ávila C. Consideraciones Metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. México: Harley; 2000 .p. 448.

3.3.2 DIMENSIONES

La calidad es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran relacionadas entre sí, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía de las personas con enfermedades crónicas.

A. 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 estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

B. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

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

C. 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 médico-paciente, el desempeño laboral. Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: “Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero

(dimensión social) y amor (dimensión psicológica).²¹

3.3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

- A. **SUBJETIVO:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida. Ejemplo la felicidad.
- B. **UNIVERSAL:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- C. **HOLÍSTICO:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- D. **DINÁMICO:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- E. **INTERDEPENDENCIA:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.²²

3.3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

- A. **FUNCIONAMIENTO FÍSICO:** Incluye aspectos relacionados con la salud, el bienestar físico y la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud.

²¹ Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud, 2da Ed. México: Edit. Interamericana;2000.p. 17

²²Velarde E, Ávila C. Op. Cit.p. 45 3

No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

B. BIENESTAR PSICOLÓGICO: Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo, la capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión; también recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

C. ESTADO EMOCIONAL: Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.

D. DOLOR: Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

E. FUNCIONAMIENTO SOCIAL: Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física, así como las alteraciones en el desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

F. PERCEPCIÓN GENERAL DE LA SALUD: Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores.²³

²³Fernández G, Rojo F. Op. Cit. p.21

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

NIVEL LOCAL:

QUISPE, S. Y VIRRUETA, J. (2008) PERÚ. Llevaron a cabo la investigación sobre *“Soporte social y estado de salud en adultos con enfermedades crónicas, Organización Caminito de Jesús, pueblo joven Alto Libertad”*, cuyo estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal con un diseño correlacional, el objetivo fue determinar la relación entre el soporte social y el estado de salud, los resultados revelaron que casi la mitad de la población en estudio tiene soporte social bajo, más de la mitad presenta estado de salud bajo, existiendo una relación altamente significativa entre soporte social y estado de salud.

ARMEJO, C. Y DELGADO, L. (2008) PERÚ. En su estudio titulado *“Apoyo social, y funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en usuarios de hemodiálisis, HNCASE”*, es una investigación de tipo descriptiva, correlacional y de corte transversal, con el objetivo de establecer la relación entre el apoyo social y funcionamiento familiar con la calidad de vida en una población de 49 pacientes; los resultados muestran que aquellas pacientes con “mala” calidad de vida son quienes tienen poco apoyo social mientras los que tienen “buena” calidad de vida, cuentan con máximo apoyo social.

NIVEL INTERNACIONAL:

HERVÁS, A. Y ZABALETA, G. (2007) ESPAÑA. *“Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus”*, con el objetivo de evaluar el impacto de la diabetes mellitus en la calidad de vida relacionada con la salud, es un estudio observacional transversal valorada: con los cuestionarios genéricos SF-36 y EQ-5D. Los resultados indican que los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36: Función Física, Dolor Corporal, Función Social y Rol Emocional por lo tanto este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida.

PONCE, J. Y COLS. (2012) ESPAÑA. Realizaron la investigación “*Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes*”, estudio descriptivo transversal multicéntrico del ámbito de la Atención Primaria, en 246 diabéticos, donde se midió el control metabólico y percepción del apoyo social mediante el Cuestionario MOS. Los resultados indican que el 88.6% percibían buen apoyo social. La comparación entre el apoyo Social y el control metabólico mostró asociación tras someter a regresión logística multivariante ($p=0.02$)

AZZOLLINI, S. Y VERA, V. (2012) ARGENTINA. Ejecutaron la investigación “*Apoyo social y su relación con el autocuidado en diabetes tipo 2*”, estudio descriptivo y transversal con el objetivo de identificar la relación entre el ámbito laboral y familiar con las prácticas de autoatención y autocuidado de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, que concurren a los consultorios externos de diabetología de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se tomó una muestra probabilística de 337 pacientes entre 40 y 79 años. Los hallazgos del presente estudio evidencian que el apoyo social favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

SEGURA, M. (2012) COLOMBIA. En su estudio “*Percepción de la calidad de vida en personas con enfermedad crónica*”, con el objetivo de describir la percepción de la calidad de vida de personas en situación de enfermedad crónica: Diabetes e Hipertensión Arterial. Estudio cualitativo, descriptivo, con empleo de técnica de análisis de contenido. Los resultados indican que estos perciben que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente en las dimensiones física, psicológica, social, y en menor grado en la dimensión espiritual, lo cual redundaría en su bienestar.

AVENDAÑO, M. Y BARRA, E. (2008) CHILE. En su estudio “*Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas*”, tuvo como objetivo examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas y la autoeficacia y el apoyo social percibido. Los participantes fueron 75 adolescentes. Se encontró que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, mientras que el apoyo social percibido mostró tener regular influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes.

5. HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta que la calidad de vida es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo que le otorga a este cierta capacidad de actuación y sensación positiva de su vida y que el apoyo social son las provisiones instrumentales o expresivas dadas por las redes sociales y amigos.

Es probable que el apoyo social se relacione directamente con la calidad de vida de los pacientes que asisten al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica que se utilizó para la variable apoyo social y para la variable Calidad de Vida fue la Encuesta.

1.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó fue la cédula de preguntas para las dos variables:

El Cuestionario MOS de apoyo social, creado en el año 1991 por Sherbourne y Stewart del grupo MOS-SSS (The Medical Outcomes Study Social Support Survey) y validada en Colombia en el año 2011;

está constituido por 20 ítems, incluye 4 dimensiones: apoyo emocional/informacional, Apoyo instrumental, interacción Social Positiva, Apoyo Afectivo y mide la red de apoyo social: amigos cercanos, familiares y personal de salud.

Para el Cuestionario MOS de apoyo social, su respectiva escala de puntuación, valorada es:

- Apoyo social máximo: De 58 a 95 puntos.
- Apoyo social medio: De 20 a 57 puntos.
- Apoyo social mínimo: De 0 a 19 puntos.

El Cuestionario FS-36 para la variable Calidad de Vida del Dr. Alonso Prieto - España, el que tiene 8 dominios, 4 corresponden a aspectos físicos y 4 aspectos del área psíquica o mental. Cada uno de los dominios tiene varios ítems que suman en conjunto 36, con su respectiva escala de puntuación, con la suma de los puntos de cada uno de los ítems se obtiene una puntuación global, evaluada en los siguientes parámetros totales:

- Buena calidad de vida: De 68 a 100 puntos (Ninguna dificultad).
- Regular calidad de vida: De 34 a 67 puntos (Moderada dificultad).
- Mala calidad de vida: De 0 a 33 puntos (Extremadamente difícil).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, él cuenta con un club de pacientes diabéticos.

2.2. Ubicación Temporal

Sincrónica: El presente estudio se realizó entre los meses de octubre a diciembre del 2014.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estuvieron constituidas por los pacientes diabéticos que asisten al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza- Arequipa.

2.3.1 Universo

Formado por 46 pacientes que acuden al club de diabetes en los meses de Octubre a Diciembre del 2014 y seleccionados mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes
- Pacientes con diabetes de ambos sexos
- Pacientes que asisten regularmente a las sesiones del Club de diabetes

Criterios de exclusión

- Pacientes que no han confirmado su diagnóstico de diabetes
- Pacientes que no deseen ser investigados

3, ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. Organización

- Una vez aprobado el proyecto se realizó las coordinaciones necesarias con la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para él envió de una carta de presentación dirigida al Gerente Médico del Hospital Honorio Delgado Espinoza con el fin de obtener el permiso correspondiente.
- Se realizó las coordinaciones respectivas a fin de que autoricen la realización de la investigación
- Se seleccionó las unidades de investigación a quienes se les aplicó los instrumentos.
- Concluida la recolección se procedió a la tabulación de los datos, análisis e interpretación de los mismos con la utilización del Chi-Cuadrado (χ^2) para observar la relación entre las variables.



CAPITULO III

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I. INFORMACION GENERAL

TABLA N° 1

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN EDAD EN EL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014**

EDAD	N°	%
31 – 40 años	0	0.00
41 – 50 años	2	4.35
51 – 60 años	17	36.96
61 a más años	27	58.70
TOTAL	46	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la presente tabla se muestra la edad de la población de estudio, en la cual el 58.7% de los pacientes diabéticos son mayores de 60 años y en menor proporción con un 4.35% tienen entre 41 a 50; siendo más de la mitad mayores de 60.

TABLA N° 2

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN GENERO EN EL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014**

GENERO	N°	%
Femenino	42	91.30
Masculino	4	8.70
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la presente tabla con respecto al género se observa que la mayoría pertenecen al género femenino con un 91.3% en comparación con el género masculino que representa el 8.7%. La diferencia porcentual es significativa, en razón de 10 veces más.

TABLA N° 3

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN ESTADO CIVIL EN EL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014**

ESTADO CIVIL	N°	%
Casado	19	41.30
Divorciado	7	15.22
Viudo	12	26.09
Soltero	8	17.39
TOTAL	46	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la presente tabla en relación al estado civil, la mayoría de los pacientes diabéticos en un 41.3% son casados, seguidos del 26.09% quienes son viudos y en una menor proporción en un 15.22% son divorciados. Podemos concluir que la mayoría de los pacientes diabéticos investigados no cuentan con una pareja pues hay una diferencia significativa entre el grupo de los casados y el grupo de viudos, divorciados y solteros, lo que puede influir en el apoyo social.

TABLA N° 4

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DEPENDENCIA
ECONÓMICA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA,
2014**

DEPENDENCIA ECONÓMICA	N°	%
Pensión de jubilación	12	26.09
De un familiar	18	39.13
Salario por trabajo actual	6	13.04
Otros	10	21.74
TOTAL	46	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la presente tabla la relación a la dependencia económica los pacientes diabéticos investigados en su mayoría dependen de un familiar cercano como hijos con un 39.13% y en segundo lugar de su pensión por jubilación con un 26.09% y en una mínima proporción de su salario por trabajo actual con un 21.74%.

De lo que se deduce que cerca de la mitad de las unidades de estudio depende económicamente de un solo familiar en este caso los hijos.

TABLA N° 5

PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

CONVIVENCIA FAMILIAR	N°	%
Esposos (a)	12	26.09
Hijos	17	36.96
Esposos (a) e hijos	6	13.04
Solo (a)	11	23.91
TOTAL	46	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2014

En la presente tabla se puede observar que el 36.96% de la población de estudio vive con sus hijos, el 26.09% vive con su esposo, el 23.91% vive solo y solo el 13.04% con su esposo e hijos conformado una familia nuclear.

De lo que se deduce que la cuarta parte de pacientes viven solos, dato que puede influir en el apoyo social, podemos demostrar que la mayoría de los pacientes viven en casa con sus hijos ya que estos se hicieron cargo del hogar y los padres se encargan de los nietos y tareas domésticas.

II. APOYO SOCIAL

TABLA N°6

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN APOYO SOCIAL
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014**

APOYO SOCIAL	N°	%
Apoyo social máximo	14	30.43
Apoyo social medio	20	43.48
Apoyo social mínimo	12	26.09
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla se observa que la mayoría de los pacientes diabéticos en un 43.48 % consideran tener apoyo social medio, seguido por el 30.4% para los que consideran tener apoyo social máximo, mientras que el 26.09% consideran tener apoyo social mínimo no encontrando compañía, asistencia u otros tipos de ayuda por parte de su familia y/o amigos. De lo que podemos deducir que nuestro grupo de estudio por tener una red de apoyo social de 1 a 2 familiares o amigos cercanos (43.48 %) y de 3 a 4 familiares o amigos cercanos (26.8 %) está directamente relacionado con el apoyo social medio que resulto medio en su mayoría.

TABLA N° 7

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN EL TAMAÑO DE LA
RED SOCIAL HOSPITAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2014**

TAMAÑO DE LA RED SOCIAL	N°	%
5 a más familiares o amigos cercanos	7	15.22
3 a 4 familiares o amigos cercanos	12	26.08
1 a 2 familiares o amigos cercanos	20	43.48
Ningún familiar o amigos cercanos	7	15.22
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla se puede observar que en el tamaño de la red social, la mayor parte de la población de estudio tienen de 1 a 2 amigos íntimos o familiares cercanos constituyendo el 43.48%, seguido por el 26.08% para los que cuentan con 3 a 4 personas, así mismo el 15.22% tienen de 5 a más personas con las que se puede sentir a gusto y hablar acerca de todo lo que desee, mientras que el 15.22% no tiene algún familiar o amigo cercano en su red social; lo que nos indica que la mayoría de los pacientes diabéticos cuenta con una red de personas las cuales se convierten en fuentes potenciales de apoyo de diverso tipo cuando más lo requieran o necesiten, esta estadística nos ayudara a reconocer que a mayor red social mayor apoyo social obtenido ya que según el cuestionario es directamente proporcional.

TABLA N°8
PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION
EMOCIONAL/INFORMACIONAL DEL APOYO SOCIAL HOSPITAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014

EMOCIONAL/ INFORMACIONAL	N°	%
Máximo	17	36.96
Medio	16	34.78
Mínimo	13	28.26
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla con respecto a la dimensión emocional/ informacional del apoyo social, el 36.96% de los pacientes diabéticos investigados cuentan con apoyo social máximo, por lo que tienen la posibilidad de contar con asesoramiento, consejos e información por parte de sus familiares y/o amigos de forma continua, el 34.78% tiene apoyo emocional/informacional medio porque cuenta con apoyo de algunos de sus familiares de forma ocasional y no continua mientras que el 28.26% presenta un apoyo emocional/informacional mínima porque vive solo o se encuentra abandonado por sus familiares ya que nunca o casi nunca cuentan con dicho tipo de ayuda.(Preguntas 2,3,4,5,6,7, 8 y 9).

TABLA N° 9

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION
INSTRUMENTAL DEL APOYO SOCIAL HOSPITAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA, 2014**

INSTRUMENTAL	N°	%
Máximo	13	28.26
Medio	22	47.83
Mínimo	11	23.91
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla con respecto a la dimensión instrumental del apoyo social, el 47.83% de los pacientes diabéticos investigados cuentan con apoyo social medio, por lo que tienen la posibilidad de contar con ayuda doméstica o material de forma ocasional y no continúa, el 28.26% cuentan con apoyo social máximo de forma continua o permanente mientras que el 23.91% cuenta con apoyo social mínima es decir que nunca o casi nunca cuentan con la ayuda necesaria ya que vive solo y no tiene los recursos . (Preguntas 10, 11,12 y 13)

TABLA N° 10

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA DEL APOYO SOCIAL HOSPITAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2014**

INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	N°	%
Máximo	15	32.61
Medio	16	34.78
Mínimo	15	32.61
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla de los resultados se observa que en la dimensión interacción social positiva del apoyo social el 34.78% de la población de estudio cuenta con apoyo social medio, por lo que tienen la posibilidad de contar con personas con quien comunicarse y pasar un buen rato de forma ocasional y no continúa, el 32.61% de forma continua y el 32.61% nunca o casi nunca cuentan con este tipo de apoyo. (Preguntas 14 ,15 ,16 y 17)

TABLA N° 11

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN DIMENSION AFECTIVA
DEL APOYO SOCIAL HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA,
2014**

AFECTIVA	N°	%
Máximo	14	30.43
Medio	18	39.13
Mínimo	14	30.43
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario MOS de apoyo social autores: Sherbourne y Stewart.

En la presente tabla de los resultados se observa que, en la dimensión afectiva del apoyo social la población de estudio en un 39.13% cuentan con apoyo social medio, por lo que pueden encontrar compañía, afecto, empatía, consejos, asistencia u otros tipos de ayuda de forma ocasional y no continúa, seguidos del 30.13% tanto para el apoyo social máximo y mínimo. (Preguntas 18, 19 y 20)

IV. CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 12

**PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES SEGUN CALIDAD DE VIDA
HOSPITAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2014**

CALIDAD DE VIDA	N°	%
Mala	19	41.30
Buena	27	58.70
TOTAL	46	100.0

Fuente: Adaptación del cuestionario de calidad de vida SF-36 autor Dr. Alonso J. Presto.

En la presente tabla en general, el índice de calidad de vida de los pacientes diabéticos investigados (58.70%) considera su calidad de vida como buena y el 41.30% la considera mala.

De lo que se deduce que en más de la mitad de los pacientes diabéticos investigados tiene una calidad de vida buena pero la diferencia porcentual no es tan significativa, en razón a que es del 17.4% que representa a 8 pacientes diabéticos más, de todas maneras se encontró un valor alto relativamente de pacientes que tienen su calidad de vida como mala.

TABLA N°13

RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA EDAD EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014

APOYO SOCIAL \ EDAD	41 a 50		51 a 60		61 a mas		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MAXIMO	0	0	3	17.6	11	40.7	14	30.4
MEDIO	1	50	6	35.3	13	48.1	20	43.5
MINIMO	1	50	8	47.1	3	11.1	12	26.1
TOTAL	2	100	17	100	27	100	46	100

Chi cuadrado = 9.8

gl = 4

Nivel de Significancia (p) = 0.0439 (Significativo)
(p < 0.05)

Los pacientes que tenían entre 41 a 50 años proporcionalmente recibían un apoyo similar entre medio y mínimo, 50% cada uno. En el grupo etáreo entre 51 a 60 años, 17.6% recibió apoyo máximo, 35.3% medio, y 47.1% mínimo, siendo éste el más frecuente del grupo. En cuanto a los que tenían de 61 a más años, 40.7% recibió apoyo máximo, 48.1% apoyo social medio y 11.1% mínimo.

Se encontró una relación estadísticamente significativa (p=0.0439) en la prueba del chi-cuadrado, considerándose en base a los resultados que existe diferencias en cuando al grupo etáreo y el nivel de apoyo social recibido.

TABLA N°14

**RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y CONVIVENCIA FAMILIAR
EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014**

CONVIVENCIA FAMILIAR	Esposo(a)		Hijos		Esposo(a) hijos		Solo(a)		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
APOYO SOCIAL										
MAXIMO	3	25	6	35.3	5	83.3	0	0	14	30.4
MEDIO	7	58.3	10	58.8	1	16.7	2	18.2	20	43.5
MINIMO	2	16.7	1	5.9	0	0	9	81.8	12	26.1
TOTAL	12	100	17	100	6	100	11	100	46	100

Chi cuadrado = 30.98

gl = 6

Nivel de Significancia (p) = 0.00001 (significativo)
(p < 0.05)

En la presente tabla se aprecia la relación entre el apoyo social y la convivencia familiar; 58.3% de las personas que conviven con su esposa o esposo tiene un apoyo social medio, 25% máximo, 16,7% mínimo. Las que conviven con hijos 58.8% apoyo social mínimo, 35.3% máximo, 5.9% mínimo, las que conviven con esposo e hijos: 83.3% apoyo social máximo, 16.7% medio. Las que viven solas, 81.8% tienen apoyo social mínimo, 18.2% apoyo social medio.

La realizar la prueba del Chi cuadrado entre estas variables se encontró un valor de 30.98, significando una relación altamente significativa (p<0.001), lo que significa que la convivencia si tiene una asociación con el apoyo social.

TABLA N°15

**RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA EDAD EN
PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014**

CALIDAD DE VIDA EDAD	MALA		BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
41 A 50	0	0	2	7.4	2	4.3
51 A 60	7	36.8	10	37	17	37
61 A MAS	12	63.2	15	55.6	27	58.7
TOTAL	19	100	27	100	46	100

Chi cuadrado = 1.52

gl = 2

Nivel de Significancia (p) = 0.4677 (No significativo)
(p > 0.05)

En la presente tabla se presenta la evaluación realizada respecto a la calidad de vida en relación a la edad, de todas las personas que tienen una mala calidad de vida, 63.2% pertenece al grupo etáreo de 61 a más años, 36.8% tiene entre 51 a 60 años y ninguna tiene menos de esa edad. De las que tienen buena calidad de vida, 7.4% tiene entre 41 a 50 años, 37% tiene entre 51 a 60 años, y 55.6% tiene de 61 a más años.

Al realizar el análisis estadístico no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas dos variables (p=0.4577). Por lo que no hay asociación entre la edad y la calidad de vida.

TABLA N°16

**RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y CONVIVENCIA
FAMILIAR EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014**

CALIDAD DE VIDA CONVIVENCIA FAMILIAR	MALA		BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ESPOSO(A)	3	15.8	9	33.3	12	26.1
HIJOS	12	63.2	5	18.5	17	37
ESPOSO E HIJOS	1	5.3	5	18.5	6	13
SOLO	3	15.8	8	29.6	11	23.9
TOTAL	19	100	27	100	46	100

Chi cuadrado = 9.72

gl = 3

Nivel de Significancia (p) = 0.0211 (Significativo)
(p < 0.05)

En la presente tabla se presenta la evaluación de la relación entre la calidad de vida y la convivencia del paciente evaluado, en cuanto a los pacientes que tuvieron mala calidad de vida, la mayoría se encontraba en las que convivían con hijos, 63.2%, con proporciones similares los que convivían con esposo o esposa y solos 15.8%, y 5.3% de ellos convivían con esposo e hijos. De los que tenían buena calidad de vida, la mayoría vivía con su esposo o esposa, 33.3%, seguido de los que convivían con sus hijos, 18.5% así como esposo e hijos, 18.5%, y 29.6% de los que tenían buena calidad de vida convivían solos.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la convivencia familiar (p=0.211), por lo tanto hay una asociación directa entre estas dos variables evaluadas.

V. RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 17

**RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2014**

CALIDAD DE VIDA \ APOYO SOCIAL	MALA		BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MINIMO	13	28.26	1	2.17	14	30.43
MEDIO	4	8.70	16	34.78	20	43.48
MAXIMO	2	4.35	10	21.74	12	26.09
TOTAL	19	41.30	27	58.70	46	100

Chi cuadrado = 22.10

gl = 2

Nivel de Significancia (p) = 0.0001 (MAS)
(p < 0.05)

En la presente tabla se aprecia que del 30.43% de los pacientes, cuyo apoyo social es mínimo, muestran en el 28.6 .2% y 2.17% de calidad de vida mala y buena respectivamente. Del 43.48% de los pacientes diabéticos con apoyo social medio, muestra una proporción de 8.70% y 34.78% de calidad de vida mala y buena respectivamente. Finalmente, del 26.09% de los pacientes diabéticos con apoyo social máximo, muestra una proporción de 4.35% y 21.74% de calidad de vida mala y buena respectivamente.

Encontrándose que existe una relación altamente significativa (P=0.001) al aplicar el estadístico no paramétrico del χ^2 , con un nivel de confianza de 95%; por lo tanto, se deduce que la relación es directa, ya que a mejor apoyo social, mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

En relación a los objetivos se cumple:

PRIMERA: Que en relación al apoyo social de los pacientes asistentes al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza, la mayoría presentó apoyo social medio, seguido por el apoyo social máximo teniendo una cuarta parte apoyo social mínimo.

SEGUNDA: Que aproximadamente un poco más de la mitad de los pacientes asistentes al club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza presentó buena calidad de vida, teniendo un alto porcentaje de pacientes con mala calidad de vida.

TERCERA: Que existe un alto nivel de significancia estadística ($p=0.001$) y de acuerdo al χ^2 la relación es directa entre la variable apoyo social con la calidad de vida, por lo que a mayor apoyo social mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

En atención a las conclusiones obtenidas se recomienda:

PRIMERA: A las autoridades y personal encargado de los programas de control ambulatorio y club del diabético recomendamos incluir a las fuentes de apoyo familiar, con el fin de que reconozcan la importancia del apoyo social para el desarrollo de estilos saludables y mejora de la calidad de vida de sus familiares y fortalezcan aún más el enfoque preventivo promocional de la salud.

SEGUNDA: Al personal encargado del club de diabetes del Hospital Honorio Delgado Espinoza realizar seguimientos preventivos; especialmente a los pacientes que tienen apoyo social mínimo y una mala calidad de vida

INFORMACIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Brunner S. Enfermería Médico Quirúrgico. 9a ed. México: Ed. Mc Graw; 2002
2. Cifuentes J. y Jefe N. La familia: Apoyo y desaliento para el paciente diabético. Chile: Osorno; 2005.
3. Cueto M. Programa de Atención a las Personas Diabéticas en Atención Primaria. Uruguay; 2002
4. Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud. 2da Ed. México: Edit. Interamericana; 2000.
5. Gallar J. La familia el apoyo social y la salud. España; 2009.
6. García M, Torres M. Enfermería geriátrica. 3ra ed. España: Edit. Masson; 2006.
7. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6ta ed. España: Ed. Elsevier; 2007
8. Pérez M, Daza F. El apoyo social .España; 2008.
9. Velarde E, Ávila C. Consideraciones Metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. México: Harley; 2000.

INFORMATOGRAFIA

1. Rosario IG, Lourdes BR, Sara AM, Rosario S .Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica[Internet].2004 [citado 23 Feb 2015].disponible en:

http://www.diabetespractica.com/docs/publicaciones/139384915902_interior_5-2.pdf

2. Minsa.gob.[Internet].peru.minsagob;2010 [actualizado el 1 feb del 2014;citado el 5 de feb 2015] disponible en :

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>

3. Zubiarte M, Cols. Acta Médica y Consenso para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Vol. 11[Internet]. Perú; 1999.[Acceso 1 de octubre 2014] URL disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/1999_n1/prevencion_diabetes

4. S Jiménez, F Contreras, C Fouilloux, A Bolívar y H Ortiz .Intervención de enfermería en el paciente diabético .Rev. Fac. de medicina[Internet].2001[citado 10 Enr 2015]disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692001000100005&script=sci_arttext

5. Angarita O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2009 Jun [acceso 2015 Feb 23]: Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021>.

6. Fernández R, Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social [Internet]. Colombia; 2010. [Acceso 4 octubre 2014]. URL disponible en:

<file:///C:/Users/PC/Downloads/107281-428001-1-PB.pdf>

7. Castro T. Red social y salud [Internet]. Colombia. 2005.[Citado 1 octubre 2014] URL Disponible en:

<file:///C:/Users/PC/Downloads/145012-196862-1-PB.pdf>

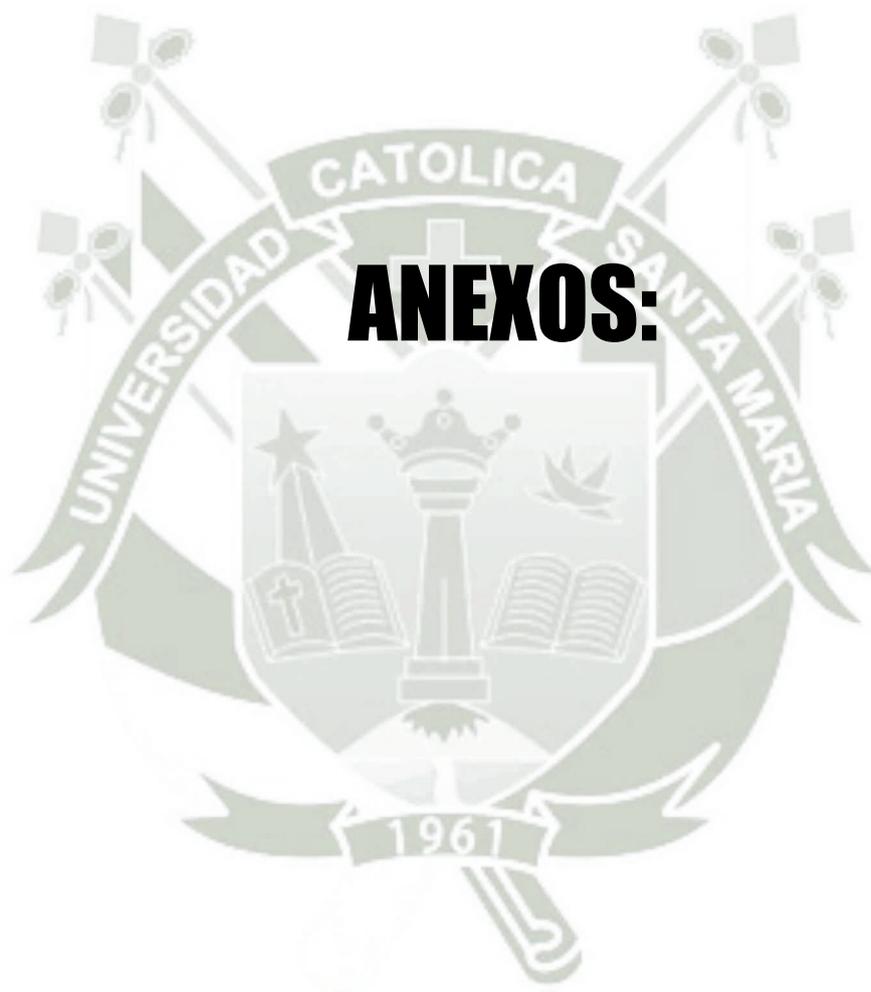
8. Guzmán J, Montes V. Redes de apoyo social marco conceptual [Internet]. Chile; 2002.[Citado 5 octubre 2014] URL disponible en:

http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

9. Londoño N. Validación del cuestionario Mos de Apoyo Social [Internet]. Colombia; 2012[Acceso 4 Octubre 2014] URL disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

10. Cenetec.salud.gob.[Internet].mexico ,cenetec.salud;2010[citado el 5 de feb 2015]URL disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/717_GPC_complicaciones_cronicas_pacientes_con_diabetes_mellitus/717GRR.pdf



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACION

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente yo:

Autorizo participar en la investigación titulada:

RELACION ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETES, HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - AREQUIPA 2014

Se me ha explicado que mi participación consistirá en apoyar durante el proceso de la investigación con datos reales y precisos, y responder los cuestionarios que se me realicen.

Los investigadores se han comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda durante el llenado del cuestionario.

Investigadores responsables:

- Felicitas Del Carpio Revilla
- Josselin Dubalid Vásquez Salas

FIRMA



ANEXO 3

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Autor: Sherbourne y Stewart, 1991

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone:

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

PREGUNTAS	NUNC A	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
APOYO EMOCIONAL /INFORMACIONAL					
• 2.-Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
• 3.-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
• 4.-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
• 5.-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
• 6.-Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
• 7.-Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
• 8.-Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
• 9.-Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL					
○ 10.-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
○ 11.-Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
○ 12.-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
○ 13.-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5

INTERACION SOCIAL POSTIVA					
❖ 14.-Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
❖ 15.-Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
❖ 16.-Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
❖ 17.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
APOYO AFECTIVO					
- 18.-Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
- 19.- Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
- 20.-Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5



ANEXO 4



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dr. Alonso J. Presto – España

I.-DATOS GENERALES:

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está segura de cómo responde a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible

Edad

- | | |
|--------------|-----|
| 31 – 40 años | () |
| 41 – 50 años | () |
| 51 – 60 años | () |
| 61 a más | () |

Género

- | | |
|-----------|-----|
| Masculino | () |
| Femenino | () |

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no esta segura de cómo responde a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general ¿diría que su salud es:
(Marque solamente una respuesta)

- | | |
|-----------|------|
| Excelente | 1() |
| Muy buena | 2() |
| Buena | 3() |
| Pasable | 3() |
| Mala | 5() |

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?
(Marque solamente una respuesta)

- | | |
|---|------|
| Mucho mejor ahora que hace un año | 1() |
| Algo mejor ahora que hace un año | 2() |
| Más o menos igual ahora que hace un año | 3() |
| Algo peor ahora que hace un año | 4() |
| Mucho peor ahora que hace un año | 5() |

II.-CEDULA DE PREGUNTAS VARIABLE CALIDAD DE VIDA:

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?
(marque una respuesta en cada línea)

DIMENSIONES:

1.-FUNCIÓN FÍSICA

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	(1)	(2)	(3)
4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín.	(1)	(2)	(3)
5. Asistir a reuniones sociales	(1)	(2)	(3)
6. Pasear con amigos	(1)	(2)	(3)
7. Ir a fiestas	(1)	(2)	(3)
8. Doblarse, arrodillarse o agacharse	(1)	(2)	(3)
9. Caminar más de una milla	(1)	(2)	(3)
10. Caminar varias cuadras	(1)	(2)	(3)
11. Caminar una cuadra	(1)	(2)	(3)
12. Bañarse o vestirse	(1)	(2)	(3)

2.-ROL FÍSICO

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

(Marque una respuesta en cada línea)

Problemas con el trabajo – actividad	Si	No
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	(1)	(2)
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	(1)	(2)
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer.	(1)	(2)
Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividad (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	(1)	(2)

3.-DOLOR CORPORAL

13. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1() Nada en absoluto
- 2() Un poco
- 3() De vez en cuando
- 4() Bastante
- 5() Extremadamente

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
(Marque solamente una respuesta)

- 1() Nada en absoluto
2() Un poco
3() De vez en cuando
4() Bastante
5() Extremadamente

4.--SALUD GENERAL

- ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?
(Marque una respuesta en cada línea)

	Definitivamente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Definitivamente falsa
15. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	1	2	3	4	5
16. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona	1	2	3	4	5
17. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
18. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

5.-VITALIDAD

- Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas?
(Marque una respuesta en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
19. Se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
20. Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
21. Se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
22. Se ha sentido cansando?	1	2	3	4	5	6

6.-FUNCIÓN SOCIAL

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
(Marque solamente una respuesta)

- 1() Nada en absoluto
2() Ligeramente
3() De vez en cuando
4() Bastante
5() Extremadamente

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(Marque solamente una respuesta)

- 1() Siempre
 2() Casi siempre
 3() Algunas veces
 4() Casi nunca
 5() Nunca

7.--ROL EMOCIONAL

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?

Problemas con el trabajo – actividad	Si	No
15. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	(1)	(2)
16. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	(1)	(2)
17. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre.	(1)	(2)

8.-SALUD MENTAL

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca
18. Se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5
19. Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podría animarlo	1	2	3	4	5
20. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5
21. Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5
22. Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5

*CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 Medical Outcomes Study, MOS EEUU
 Versión Abreviada Española de la Medical, Fuente: Barcelona España 1,999*