

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS POR
DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL CESFAM
VIOLETA PARRA DE CHILLÁN

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
Presentado en cumplimiento parcial de
los requisitos para optar al título de Psicólogo
y grado de Licenciado en Psicología

Por:

Daniela Alexandra Campos Fuentealba
Denisse Alejandra Murúa Iturra
María Jesús Ojeda Jiménez
Francisca Daniela Venegas Navarrete

Profesor guía: Carolina Andrea Mora Riquelme

Chillán, Chile, diciembre de 2015

RESUMEN

El presente trabajo final integrador tiene por objetivo describir la percepción de calidad de vida que poseen los pacientes con diabetes mellitus tipo II, usuarios del Centro de Salud Familiar Violeta Parra de Chillán, y la relación entre las variables intervinientes (Sexo, edad y tipo de tratamiento insulino dependiente, no insulino dependiente).

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, la población se conformó por pacientes con diabetes mellitus tipo II compensados de los cuales se obtuvo una muestra de 331 participantes. Para las variables sociodemográficas y enfermedades asociadas se les solicitó el carnet de control de atención para corroborar los datos entregados por estos.

Se utilizó el instrumento Diabetes Quality of Life en su versión adaptada al español, para medir la percepción de la calidad de vida que tienen los usuarios que padecen de diabetes mellitus tipo II. El instrumento cuenta con tres dimensiones (donde la última se divide en 2): Satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad y preocupación social/ vocacional y relativa a la diabetes (Millan, 2002).

Se realizó un análisis estadístico para variables intervinientes (sexo, tipo de tratamiento, edad) la cual se estimó media y desviación estándar, como también frecuencia y porcentaje de cada una. Para establecer relaciones entre las dimensiones del instrumento se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Para el contraste de medias entre grupos se usó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney debido a que las variables contrastadas no se distribuían de forma normal.

De acuerdo a los resultados del estudio, se concluye una buena percepción de calidad de vida en los adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, el sexo femenino obtuvo una percepción de calidad de vida inferior en comparación a los hombres. Los datos obtenidos sugieren que es importante promover programas que mejoren la calidad de vida de los pacientes y promuevan el autocuidado.

Palabras claves: Calidad de vida, Diabetes mellitus tipo II, EsDQOL.

DEDICATORIA

A nuestras familias, que nos acompañaron en todo el
proceso de este trabajo final integrador.

RECONOCIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a nuestras familias e hijos, por la comprensión y el apoyo brindado durante el transcurso de nuestra carrera profesional, haciéndose partícipe de cada uno de nuestros logros alcanzados. Reconocer también el esfuerzo y dedicación brindado por los docentes durante el desarrollo de nuestra formación profesional, con ello nos referimos principalmente a nuestra directora de TFI Carolina Mora Riquelme, como también a Ramón Gelabert Santané, Lisnay Berdugo Palma y Alejandra Pezoa Rodríguez. Del mismo modo queremos agradecer al CESFAM Violeta Parra por hacer posible la investigación en dicho establecimiento, siempre con una buena disposición, y a todos aquellos pacientes que de manera desinteresada colaboraron con este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS	viii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
Hipótesis	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
Importancia y justificación.....	11
Delimitaciones	11
Limitaciones.....	11
Supuestos	12
Definición de términos.....	12
Calidad de vida	12
Diabetes mellitus	12
Diabetes mellitus tipo II.....	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
Diabetes mellitus.....	13
Calidad de vida.....	16
Relación calidad de vida y diabetes mellitus	20
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	22
Tipo de diseño.....	22
Población y muestra.....	22
Instrumentos de recolección de datos	24
Confiabilidad.....	25
Procedimiento	26
Variables	27
Variables intervinientes.....	27
Análisis estadístico.....	27
Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	30
Dimensiones de calidad de vida.....	31
Satisfacción con el tratamiento.....	31

Impacto de la diabetes	32
Preocupación social/vocacional.....	32
Preocupación relativa a la diabetes.....	33
Tablas análisis estadístico	34
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	38
Discusión.....	38
Conclusiones	39
Recomendaciones.....	39
ANEXOS	41
ANEXO I. SOLICITUD CESFAM VIOLETA PARRA.....	42
ANEXO II. SOLICITUD CESFAM TERESA BALDECCHI	43
ANEXO III. APROBACION CESFAM VIOLETA PARRA	44
ANEXO IV. APROBACION COMITÉ ÈTICO CIENTIFICO	45
ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
ANEXO VI. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.....	48
ANEXO VII. CUESTIONARIO ESDQOL.....	49
LISTA DE REFERENCIAS	52

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.....	17
TABLA 2. Sectorización CESFAM Violeta Parra.....	22
TABLA 3. Resumen variables demográficas.....	23
TABLA 4. Puntaje de corte interpretativo EsDQOL y dimensiones	25
TABLA 5. Resumen alpha de Cronbach del instrumento EsDQOL.....	26
TABLA 6. Puntaje interpretativo Coeficiente de correlación de Pearson	28
TABLA 7. Frecuencia y porcentajes variables intervinientes.....	28
TABLA 8. Media y desviación estándar de las dimensiones y total EsDQOL.....	35
TABLA 9. U Mann - Whitney según sexo	35
TABLA 10. U Mann - Whitney según tipo de tratamiento.....	36
TABLA 11. Correlación bivariada Pearson según edad	37

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

CV: Calidad de Vida

DCCT: Grupo de Investigación Control y Complicaciones de la Diabetes.

DM: Diabetes Mellitus

EsDQOL: Diabetes Quality of Life, validado a idioma Español.

HD: Hemodiálisis.

RAYEN: Red Asistencial y Enlace Nacional - Sistema de fichas electrónico.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La psicología es una ciencia que se encarga de estudiar el comportamiento de los organismos vivos, recurriendo al método científico para analizar las diversas variables que influyen en las conductas de estas, ya sea a nivel cognitivo-emocional y físico.

Una rama de estudio en psicología es la psicología de la salud, que se encarga del bienestar y la enfermedad en términos de prevención, evaluación e intervención (Oblitas, 2010).

A partir de lo anteriormente mencionado se puede entender el término de salud como un estado de bienestar biopsicosocial auto-percibido por los sujetos, haciendo referencia a un adecuado funcionamiento de los organismos en sus distintas áreas ya sea física, psicológica y social por lo tanto, no se atribuye solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948).

El modelo biopsicosocial plantea que la psicología de la salud, admite que la salud y la enfermedad están determinadas por la interacción de procesos saludables y patológicos de diversa índole como el contexto social, ambiente, físico, circunstancias socioeconómicas, cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.

Knowles, Koop, Lalondele (citado en Stone, 1988) mencionan que la psicología de la salud abarca el incremento, aplicación de la teoría y facultades psicológicas a las acciones dentro del mismo sistema de salud, por lo tanto sus intervenciones están focalizadas en personas que han desarrollado enfermedades. Este término ha significado un aumento en el interés de estudios acerca de la calidad de vida (CV) en personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas se han ido intensificando, teniendo un impacto significativo en diversos aspectos de la vida de los pacientes como en el área laboral, familiar, afectivo, físico y emocional, entre otros. Estas patologías conllevan un alto grado de limitación respecto a su vida cotidiana, siendo de duración prolongada, mayor a seis meses, incluso pueden llegar a provocar una discapacidad, en donde quienes la padecen pierden gran parte de su autonomía, llegando a ser dependientes del cuidado de otros (Avendaño y Barra, 2008).

Una de estas enfermedades crónicas es la diabetes mellitus (DM), la cual es una causa importante de discapacidades y muertes en distintas regiones de América. Se ha convertido en un grave problema de salud pública y de alto costo económico que aqueja a todos por igual, sin distinguir edades o niveles socioeconómicos (Alleyne, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (1994) define la DM como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce la insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza de manera eficaz la insulina que se produce.

Es importante mencionar entonces que las enfermedades crónicas y terminales, son padecimientos que afectan la CV. Las consecuencias del tratamiento para el organismo requieren de por sí un cambio radical en el estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento, que puede o no tener una persona para afrontar las adversidades de su enfermedad.

Parece fundamental entonces estudiar la relación de estas dos variables, CV y DM tipo II la cual es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en nuestra población, y es una patología que genera una alta discapacidad y mortalidad en quienes la padecen (Ministerio de Salud, 2010).

El presente estudio tiene como objetivo dar a conocer el nivel de CV en pacientes diagnosticados con DM tipo II lo cual afecta las siguientes áreas: Satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y preocupación por efectos futuros de la diabetes (Millan, 2002). Para poder visualizar el impacto de esta patología en su vida, se ha utilizado el cuestionario Diabetes Quality of Life Español (EsDQOL).

Hipótesis

- H1: Existe una percepción de CV baja en los usuarios con diagnóstico de DM tipo II.
- H2: Las mujeres presentan menor percepción de CV que los hombres diagnosticados de DM tipo II.
- H3: Las personas con diagnóstico de DM tipo II que siguen un tratamiento con insulina presentan peor percepción de CV, a diferencia de quienes siguen un tratamiento sin insulina.
- H4: A mayor edad la percepción de CV disminuye en los usuarios con diagnóstico de DM tipo II.

Objetivo general

Describir la CV de los pacientes diagnosticados de DM tipo II que actualmente reciben tratamiento en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra de Chillán.

Objetivos específicos

- Identificar la satisfacción con el tratamiento de las personas que padecen DM tipo II.
- Evaluar el impacto del tratamiento en la vida de las personas que padecen DM tipo II.
- Revelar la preocupación en el área social/vocacional de las personas que padecen DM tipo II.

- Detectar la preocupación relacionada con la DM tipo II de las personas que padecen esta enfermedad.
- Establecer diferencias en la percepción de CV de acuerdo al sexo (masculino/femenino) de las personas con diagnóstico de DM tipo II.
- Establecer diferencias en la percepción de CV de acuerdo al tipo de tratamiento de la DM tipo II (insulina/sin insulina) de las personas que padecen esta enfermedad.
- Establecer la relación entre la percepción de CV y edad de las personas con diagnóstico de DM tipo II.

Importancia y justificación

La Encuesta Nacional de Salud en Chile, realizada en el año 2009-2010, obtuvo como resultado una lista de las enfermedades que se dan con mayor prevalencia en Chile, en donde la diabetes se encuentra en el cuarto lugar de las más frecuentes y es antecedida por la hipertensión arterial, dislipidemia y estado nutricional. También se observó que los promedios de glucemia de ambos sexos no son significativamente distintos, pero sí existe un aumento de la glucemia con la edad hasta los 64 años. En el aumento de la glucemia también influyen variables como nivel educacional bajo, pacientes procedentes de zonas rurales, entre otros (Ministerio de Salud Departamento de Epidemiología, 2010).

Si bien, existen numerosas patologías que afectan la CV de las personas, (la propia percepción del individuo de cómo dicha enfermedad le limita y afecta su diario vivir) la diabetes es una de las enfermedades actualmente más importantes y con mayor prevalencia en Chile. Por lo anterior, se considera conveniente llevar a cabo un estudio que tome en cuenta al individuo que padece una patología crónica desde una mirada biopsicosocial, para contribuir de este modo a la psicología de la salud.

Delimitaciones

La investigación se delimitó a estudiar y describir la CV de los pacientes diagnosticados de DM tipo II que reciben tratamiento en el CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán durante el año 2015.

Limitaciones

La principal limitación que se dio en la investigación, fue la prolongación del tiempo requerido para la aplicación del instrumento EsDQOL, debido al extenso relato de los encuestados al momento de leer las preguntas.

Se utilizó el sistema de fichas en papel y el carnet de atención para corroborar los datos de enfermedades asociadas, una limitación que surgió es el no haber tenido acceso al registro clínico electrónico de fichas RAYEN (Red Asistencial y Enlace Nacional), ya que para acceder a este se necesita ser tener una cuenta personal.

Supuestos

Los pacientes diagnosticados de DM tipo II evidencian bajo nivel de CV De acuerdo a las investigaciones realizadas en el área, la CV relacionada con la salud se ve influenciada por este tipo de enfermedad crónica, explicando que la percepción del individuo con su futuro es lo que más se ve afectada (Urzúa, Chirino y Valladares, 2011).

Definición de términos

Calidad de vida: Maya (1997), plantea que la CV se podría definir como la conceptualización multidimensional en la que se globaliza la participación de factores personales y socioambientales para lograr la satisfacción de necesidades, por consiguiente el bienestar del individuo. Comprendiendo lo anterior planteado, la CV relacionada con la salud es un concepto que abarca los aspectos de la vida que son dominados significativamente por la salud personal (Misrachi & Espinoza, 2005).

Diabetes mellitus: El concepto DM hace referencia a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia como resultados de defectos en la secreción de insulina, en la acción de ésta o ambas. Distintos procesos patogénicos están involucrados en el desarrollo de la DM, por ejemplo, la destrucción autoinmunitaria de las células del páncreas que tiene por resultado la deficiencia en la secreción de insulina (García, Del Castillo, Guzmán & Martínez, 2010).

Diabetes mellitus tipo II: Enfermedad crónica y degenerativa susceptible a presentarse en todos los grupos socioeconómicos, étnicos y culturales; su manifestación clínica es progresiva entregando posibilidades a futuro de discapacidades parciales o totales e inclusive la muerte (Zavala, Martínez y Whetsell, 2006).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Diabetes mellitus

La Organización Mundial de la Salud (1994) define a la DM como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce la insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza de manera eficaz la insulina que produce, la insulina es una hormona que regula el azúcar que pasa por la sangre. El efecto de la diabetes cuando no es controlada produce una hiperglucemia, que consiste en el aumento del azúcar en la sangre, la cual con el pasar del tiempo daña gravemente órganos vitales, en especial nervios y vasos sanguíneos.

Liberman (2013) a partir de la Encuesta Nacional de Salud desarrollada entre el año 2009 -2010, señala que la prevalencia de la DM en Chile fue de un 9,4%, lo que se traduce que alrededor de 1.2 millones de habitantes padecían esta enfermedad, pero los cuales un 8,4% eran hombres y el 10,4% eran mujeres. Cabe destacar que a medida que aumentaba la edad, específicamente entre los 44 a los 64 años, se observó un aumento significativo de la glucemia.

En Chile la diabetes tipo II tiene una prevalencia que bordea el 4,2% y 7.5% según encuestas realizadas entre los años 2003 y 2006, estimando que un 85% de los chilenos que tienen diabetes conoce su condición pero de estos un 19,7% y 17,6% se mantienen bien controladas (Ministerio de Salud, 2010).

La diabetes actualmente se asocia a una reducción de la expectativa de vida, ya que aumenta el riesgo de complicaciones y la probabilidad de sufrir eventos mórbidos que se relacionan a complicaciones crónicas, y así disminuyendo la CV de estas personas (Ministerio de Salud, 2010).

La Organización Mundial de la Salud durante el 2015, realiza una proyección, estimando que para el año 2030 las muertes por DM pasarían a ser la séptima causa de mortalidad, aumentando el número de casos en un 80%. Calculando que en el mundo actualmente hay más de 347 millones de personas con diabetes y durante el 2004 se registraron cerca de 3,4 millones de personas fallecidas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas (Santos, 2014). Aproximadamente 80% de estos casos fueron en países de ingresos bajos y medios. Cabe destacar que la mitad de estas defunciones corresponden a personas menores de 70 años, del cual el 55% son mujeres, cifras que en el futuro irán en aumento si no se toman medidas urgentes (Pérez Pérez y Ribbón Montalvo, 2011).

El índice de mortalidad a nivel internacional, da a conocer que cada 10 segundos muere una persona a causa de la diabetes, y al mismo tiempo se diagnostican dos nuevos casos (Citado en Pérez Pérez y Ribbón Montalvo, 2011).

Las personas diagnosticadas de diabetes que no se encuentra en tratamiento, tienen mayor riesgo de ataques cardíacos, ataques cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputación de piernas y muertes prematuras. Es importante considerar que dicha enfermedad no solo afecta la CV del paciente diagnosticado, sino que también a la familia cuidadora de éste (Alleyne, 1996).

En la Declaración de las Américas sobre la diabetes, se plantea que si esta enfermedad se encuentra mal controlada, puede representar una pesada carga económica, y que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5% y el 14 % de los gastos de salud, pero también ponen de manifiesto que es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular (Quirantes Hernández, López Granja, Curbelo Serrano, Montano Luna, Machado Leyva, & Quirantes Moreno, 2000).

Los criterios para el diagnóstico y clasificación de la DM fueron desarrollados de manera simultánea por un comité de expertos de la Asociación Americana de diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Portilla, 2011).

En 1997 la Asociación Americana de Diabetes (ADA), propuso una clasificación que está vigente, donde incluyen 4 categorías de pacientes y un 5º grupo de individuos que tienen glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes (también tienen mayor riesgo cardiovascular):

La diabetes tipo I, se caracteriza por una destrucción de las células beta pancreáticas, con una deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes). Se distinguen dos subgrupos:

- Diabetes autoinmune.
- Diabetes idiopática.

La diabetes mellitus tipo II, se conoce como la no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta. Este tipo de diabetes se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Este tipo de diabetes trae como consecuencia daño a nivel microangiopático es decir retinopatías, nefropatías y neuropatías y además afecta a nivel macrovascular generando diferentes patologías como la enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica. La enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones de tipo orgánico.

Otros tipos específicos de diabetes, incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta; otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis) y endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma).

La diabetes gestacional, se caracteriza por un aumento del azúcar en la sangre (hiperglucemia) que aparece durante el embarazo y alcanza valores superiores a los normales pero son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer DM de tipo II en el futuro.

Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayuno alterada, la intolerancia a la glucosa se caracteriza por una respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral. La glicemia de ayuno alterada se caracteriza por el hallazgo de una glicemia de ayuno entre 100 y 125 mg/dl. Su identificación sugiere el realizar una prueba de sobrecarga de glucosa oral, para la clasificación definitiva.

Con respecto a los síntomas de la DM, se presenta generalmente una hiperglucemia, la cual incluye poliuria (cantidad excesiva de micción), polidipsia (sensación anormal de sed excesiva), pérdida o aumento de peso, astenia (cansancio), polifagia (avidez desmedida por la comida) y retinopatías (Portilla, 2011).

Una elevada cantidad de azúcar en la sangre (hiperglucemia) de carácter crónico produce complicaciones graves a largo plazo, tales como:

- Microangiopatías: Retinopatías, nefropatías, miocardiopatías y dermopatías.
- Macroangiopatía: Arterias coronarias, arterias cerebrales, arterias de las extremidades inferiores.
- Neuropatía: En el sistema nervioso central, periférico y autónomo. Las neuropatías a la vez son causa de problemas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunciones sexuales.
- Otras complicaciones que se relacionan con la diabetes son las cataratas, dupuytren, osteopatía y discromatopsia.

La hipertensión, las anomalías metabólicas de las lipoproteínas y las enfermedades periodontales son patologías también frecuentes; además la hiperglucemia crónica puede producir un deterioro del crecimiento y susceptibilidad a ciertas infecciones.

El comité de expertos en diagnóstico y clasificación de la DM (Citado en Portilla, 2011), señala que la DM es una enfermedad de carácter orgánico, que afecta de forma progresiva el ámbito emocional de quienes la padecen, causando disfunciones psicosociales tanto en los pacientes como en sus familias motivo por el cual, profesionales del área de la salud comienzan a entregar mayor importancia a los aspectos psicológicos que influyen en cierto modo en la enfermedad, por lo cual con el pasar del tiempo se ha ido modificando el plan de intervención, ya que actualmente no solo se centra en una dieta adecuada y en la supervisión de las prescripciones médicas, si no también se enfocan en la CV, soporte familiar y el estado emocional y psicológico del paciente.

Cabe destacar que la obesidad es un factor de riesgo independiente al desarrollo de la DM tipo II, pero es un factor preocupante para las organizaciones sanitarias chilenas, ya que un 22% de la población posee un índice de masa corporal que bordea el 30% lo cual se traduce en obesidad grado 1, lo que quiere decir que está en la fase inicial de obesidad (Ministerio de Salud, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud (2003), determino que antes de los 44 años la prevalencia es de 0,1% subiendo a 9,4% entre los 45 y los 64 años y a 15,2% en los mayores de 64 años. La tasa de diabetes disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico, desde 4,3% en el nivel socio económico bajo hasta 1,7 % en el nivel socio económico alto. No encontrando diferencias entre zonas urbanas y rurales (Ministerio de Salud Departamento de Epidemiología, 2003)

El tema DM y sus complicaciones en Chile posee escasa información. El Registro de diálisis de la Sociedad Chilena de Nefrología, indica que la principal causa de ingreso a Hemodiálisis (HD) es una nefropatía diabética, con 35,4% ingresos para el año 2012. Considerando el costo por persona mensual de HD, el cual bordea unos \$530.000 pesos chilenos, se estima que el costo anual alcanza los 30 mil millones de pesos chilenos para un paciente con nefropatía diabética. Esto indica que cualquier mejoría en la prevención o tratamiento de la DM podría evitar o postergar las complicaciones para edades avanzadas (Ministerio de Salud, 2010).

Calidad de vida

La CV es un concepto básicamente referido a una respuesta de carácter individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida cotidiana, según plantea la Organización Mundial de la Salud (citado en Schwartzmann, 2003) define la CV como la percepción del individuo del lugar que posee en el contexto de la cultura y sistema de creencias en el que se desarrolla y en relación con sus objetivos, expectativas estándares y preocupaciones. El concepto hace referencia a la evaluación subjetiva y objetiva que el sujeto hace de al menos los siguientes elementos: Salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, entre otros.

En la Tabla 1 se muestra la evolución cronológica del concepto CV:

Tabla 1

Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012)

Referencias	Definición Propuesta
Shaw (1977)	Define la CV de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la CV individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: La persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero CV.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas físicas, psicológicas, social, de actividades, material y estructural.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... Medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Opong et al (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.
Ferrans (1990b)	CV general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Bigelow et al (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor CV
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico en el que perteneces.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Si analizamos la evolución del concepto CV, se puede observar cómo se ha ido modificando y ampliando con el pasar del tiempo. Según la tabla expuesta, la primera definición planteada en orden cronológico nos habla desde una mirada cuantitativa del concepto, pasando posteriormente al uso de términos cualitativos, considerando la satisfacción, experiencias de vida, bienestar personal, entre otros. La definición más actual mencionada en el cuadro, nos refiere un concepto que abarca de manera global las distintas dimensiones de la vida de una persona, llevando a entender la importancia del término al ser evaluado.

“La instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente de la década de los 90’ que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI” (Schwartzmann, 2003 p. 9-10)

De acuerdo a la evolución y las diversas definiciones de CV, se puede establecer una constante de aspectos fundamentales a la hora de comprender el concepto. Según Machado, Diana, Rojas, Cepeda, Benítez, Zambrano y Polacre (2012) existen tres dimensiones fundamentales referentes a la CV:

- Dimensión física.
- Dimensión psicológica.
- Dimensión social.

Durante el último tiempo ha ido en aumento el interés y estudios acerca de la CV de las personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica. Para ello el concepto ha sido adaptado según las necesidades a “CV relacionado con la salud”. Patrick y Erickson (1993) definen como *“el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimento, estados funcionales, oportunidades sociales, y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos”* (Oblitas, 2010). De esta manera el concepto se transformó en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar las patologías.

La valoración de la CV de un paciente simboliza el impacto que tiene la enfermedad y las consecuencias del tratamiento, en la percepción de su propio bienestar, también es importante integrar los valores, creencias, cultura y su propia historia personal. Y aunque esto represente un avance significativo en la evaluación de la salud, aun así no existe claridad pertinente en la base conceptual compartida, ya que es inexcusable tener que aceptar la dificultad de medir plenariamente un fenómeno tan multi-causal con base empírica (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002).

Leplége y Hunt (citado en Schwartzmann, 2003) comentan lo difícil es que la autoevaluación de la percepción individual provea evidencia científica de una adecuada CV, implica además que las personas sean capaces de examinar aspectos de su salud de manera aislada, separando distintos aspectos de su vida diaria. Es importante mencionar que existen estudios donde se demuestra que a medida que avanza el tratamiento, ya sea positiva o negativamente, esto repercute en la satisfacción que la persona siente con la vida.

En estos tiempos la tecnología va avanzando rápidamente, y esto ha beneficiado directamente el área de la medicina, según el encuentro continental de educación médica en la declaración de Uruguay (1998) señala que aunque esto sea muy provechoso para los pacientes que poseen enfermedades crónicas, aún no se ve reflejado en el desarrollo de las condiciones de vida, no existe una equidad en las mejoras de las condiciones de la salud, todo este excesivo énfasis al desarrollo de nuevas tecnologías, ha dejado de lado un aspecto muy importante que se debe desarrollar en la atención en la salud, que es la comunicación paciente-profesional, manteniendo la atención solo en la cura a la enfermedad, y olvidando la promoción y prevención del bienestar.

Para Schalock (citado en Gómez y Sabeh, 2001) la importancia de la evaluación de la CV se relaciona directamente con la mejora en la sociedad, sometida a transformaciones sociales, económicas, políticas y tecnológicas, más allá de esta mejora, el verdadero sentido de la utilidad del concepto se observa en todas áreas del servicio humano.

Para evaluar lo anterior existen diversos instrumentos. El primero de estos fue desarrollado en 1988 por el Grupo de investigación Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT) para evaluar la CV relacionada con los tratamientos intensivos de las enfermedades.

Para medir la CV se han construido 2 tipos de instrumentos (Misrachi y Espinoza, 2005):

- Los genéricos: Evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones.
- Específicos: Enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes.

Si se considera como entidad, se debe reconocer que existen modos de cuantificar la CV, para esto debe cumplir con requisitos metodológicamente preestablecidos. Como es sabido existen componentes de la CV que no pueden ser directamente observados, estos se deben evaluar a través de cuestionarios formando grupos de preguntas, cada una de estas simboliza una variable que contribuye un peso específico a una calificación global, con esto se demuestra que existe un verdadero valor de la CV y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto y al combinarlas forman una escala estadísticamente cuantificable.

Otro requisito importante es la adecuada elección de los temas, ya que es una experiencia subjetiva, y se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios, físico, mental y social, puede ser medido en dos dimensiones; la primera es una evaluación objetiva compuesta por la salud funcional, y la segunda por una percepción subjetiva de la salud (Lara-Muñoz, Ponce de León, De La Fuente, 1995).

En la psiquiatría y la psicología se toma mucha importancia a las investigaciones y evaluaciones de la CV, con el propósito de medir los resultados de las terapias y tratamientos de las personas que padecen enfermedades crónicas, en especial personas con esquizofrenia y depresión mayor, en esta evaluación e investigación se integran aspectos como el grado de apoyo social, funcionamiento personal y nivel de autonomía en la CV (Gómez y Sabeh, 2001).

Junto con lo anterior es importante además mencionar que el concepto CV puede ser utilizado para múltiples propósitos; incluyendo la evaluación de las necesidades de cada individuo así como niveles de satisfacción, evaluación de los resultados y guía de programas y servicios a personas, y la enunciación de políticas dirigidas a la población.

Relación entre calidad de vida y diabetes

La CV relacionada con la salud es un concepto que ha comenzado a tomar mayor relevancia con el pasar de los años, en la actualidad se discute la influencia que podría tener esto tanto en la aparición como en el desarrollo de una enfermedad, por ejemplo en la DM II. De acuerdo a Urzúa, Chirino y Valladares, las dimensiones que más se ven afectadas sobre la autopercepción del individuo en su CV respecto a la enfermedad crónica (DM II) son en primer lugar la preocupación por efectos seguros de la Diabetes, seguida por la satisfacción y el impacto de tratamiento (Urzúa, Chirino y Valladares, 2011).

En un estudio realizado con 75 adolescentes de ambos sexos (12 y 18 años) diagnosticados con diabetes, se encontró que la autoeficacia tenía una influencia significativa en el nivel de CV, mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca influencia sobre la CV informada por los adolescentes (Avendaño y Barra, 2008). Se puede entender, que la percepción del individuo sobre la capacidad para realizar cualquier tarea es muy relevante a la hora de evaluar la visión propia de CV debido a lo expresado, parece fundamental considerar que la CV abarca desde la visión propia de autonomía hasta una condición física inherente, dependiendo ésta última, de cuan avanzada esté la enfermedad. Así mismo, si se compara la CV según género, se encontró que las mujeres tenían significativamente una menor CV, existiendo una correlación positiva entre los factores sociales del nivel socioeconómico, apoyo social y tener una pareja. De esta forma es relevante considerar un factor determinante, cómo los pacientes viven la enfermedad, más que las características propias de la patología (Ácerga, Lara y Ponce, 2005)

Parece fundamental estudiar la relación de estas dos variables, CV y DM tipo II, según un estudio realizado en España, donde se evaluaron 29 centros de atención primaria de todo el territorio, con una selección de 1041 pacientes diagnosticados con DM tipo II (desde 30 años en adelante) se identificó que los pacientes que padecían la enfermedad presentaban peor CV, que los sujetos de la misma edad y género que no la padecían, y así mismo, las mujeres obesas de mayor edad, presentan peor CV, que los descritos con anterioridad (Cases, Gamisans, Llach, Villar y Alcázar, 2003).

En una investigación realizada en el Hospital de Río Hortega, con una muestra de 494 sujetos, que estaban diagnosticados con DM tipos II, expresaron peor CV que los sujetos sanos, específicamente de índole físico (Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero, 2006). Ningún autor podría afirmar con seguridad que no existe una disminución de la CV en pacientes diagnosticados con DM tipo II, ya que numerosos estudios explican lo contrario, afirmando que la calidad se encuentra indirectamente proporcional al diagnóstico de la patología.

Hervas, Zabaleta, Miguel, Beldarrain y Díez (2007), concluyen que los pacientes que padecían DM tipo II presentaron resultados inferiores a la población general, referentes a conceptos de salud, como “función física”, “dolor corporal”, “salud general”, “función social” y “rol emocional”, llegando

a la siguiente conclusión: “La DM tipo II se relaciona con una percepción peor de la CV relacionada con la salud”.

Existe evidencia que la DM, enfermedad metabólica de índole crónica, con consecuencias para el organismo y tratamientos complejos, afecta de manera importante la CV. Steward, Greenfield y Hays en 1989 observaron que los pacientes con ambos tipos de DM experimentaron un decremento importante en su CV en comparación con los sujetos considerados sanos. Y por su parte, Jacobson, Goot y Samson en 1994 (Citado en Oblitas 2010) comprobaron que la CV disminuye a medida que aumenta la severidad de las complicaciones médicas de la enfermedad. Cabe destacar que las enfermedades crónicas y terminales, son padecimientos que afectan la CV. Las consecuencias del tratamiento para el organismo requieren de por sí un cambio radical en el estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento, que puede o no tener una persona para afrontar las adversidades de su enfermedad.

La diabetes es una patología que afecta la CV de la persona que la padece, destacando: La interacción que se tiene con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y los físicos. Es importante mencionar la relevancia que tiene el tiempo de la enfermedad misma, ya que existe más riesgo de percibir una baja CV en pacientes con más de cinco años de evolución de la DM tipo II (Lauro, José, Sosa, Santiago y Sustaita, 2003).

La CV manifiesta más problemas en aspectos de ansiedad y depresión, en comparación con las personas que no padecen diabetes, éstos evalúan su salud más estrictamente (Salazar, Colunga, Pando, Aranda y Torres, 2007).

Según Pérez y Ribbon, (2011) la percepción de la salud física en personas con DM tipo II, entre los 46 y 50 años de edad, tienen una CV regular, siendo la salud social el área más afectada.

Se observa entonces que las mujeres que padecen diabetes presentarían una peor CV, con mayor impacto en quienes padecen también de obesidad y son de edad avanzada. Si bien la DM tipo II afecta la CV relacionada con la salud, hay un factor perceptivo dominante en esta relación, más que la limitación de la enfermedad misma, la percepción de la propia CV del paciente lo restringe en su autonomía cotidiana.

Se ha observado que los pacientes con diagnóstico de DM tipo II con insulina como base de tratamiento presentan peor CV que aquellos que solo recurren a la dieta como tratamiento base. Este hallazgo está probablemente relacionado con el hecho la prescripción de insulina se inicia en fases avanzadas de la enfermedad, cuando han aparecidos complicaciones derivadas de la DM tipo II o simplemente que los fármacos ya no cumplen su propósito (Cases et al, 2003). De este mismo modo en un estudio realizado por Jacobson explica que los pacientes insulinos dependientes perciben una peor CV que los que están en tratamiento con hipoglucemiantes orales o dieta (Ácerga et al., 2005).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo correlacional, debido a que se relacionó la CV de los usuarios participantes de la investigación con las variables intervinientes.

Población y muestra

La selección de participantes fue de personas con diagnóstico de DM tipo II, que se encuentran en tratamiento por dicha patología en el CESFAM Violeta Parra (de los sectores 1, 2, 3 y 4) ubicado en la ciudad de Chillán.

La muestra seleccionada fue de 331 usuarios, con un error estimado del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Según el último censo semestral del Programa Cardiovascular del CESFAM realizado en junio del 2015, se obtuvo que la población total de pacientes compensados con diagnóstico de DM tipo II actualmente recibiendo tratamiento en el CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán, es de 2.373 personas, de las cuales 923 son hombres y 1.450 son mujeres. De la población total se consideran los sectores 1, 2, 4 y 5 excluyendo el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) por encontrarse físicamente fuera del CESFAM.

En la tabla 2, se especifican los lugares de la ciudad que abarca cada sector del CESFAM Violeta Parra.

Tabla 2

Sectorización CESFAM Violeta Parra, Chillán

SECTOR 1	SECTOR 2	SECTOR 4	SECTOR 5
Villa Kennedy, Chillancito, Coihueco, Oriente, Bonilla, Pre Cordillera, Villa Los Andes, Betania, Villa Emaus, Av. Francisco Ramírez y Brisas del Valle.	Población Purén, Ampliación Purén 1 y 2, Población 20 de Agosto, Población Ramón Vinay, Población Panificadores, Villa Antuco, Villa Belén, Villa Santa Teresa, Villa Santa Patricia, Villa Cabrero, Villa Las Camelias, Parque Arauco, Población 11 de Septiembre, Población Juan XXIII, Irene Frei, Villa El Nevado, Villa	Parque Residencial Villa Barcelona, Barrio Toledo, Parque Residencial Santa María, Parque Residencial Emanuel, Condominio El Otoñal, Calle Los poetas, Av. Andrés Bello, Villa Asturias, Calle Rosas, Calle Carrera, Calle 18 de Septiembre, Calle Arauco, Calle Vegas de Saldías, Calle 5 de Abril, Calle Gamero, Calle Itata,	Rinconada de cato, Colonia Bernando Ohiggins, Santa Clara, Las Coles, Av. Brasil, Av. Bernardo Ohiggins, Calle Carrera, 18 de Septiembre, Av. Libertad, Calle El Roble, Calle Maipón, Calle Arauco, Calle 5 de Abril, Calle Arturo Prat, Calle Constitución, Calle Cocharcas, Calle Purén, Calle Isabel Riquelme,

Acacias, Villa Iansa y Villa Médica.	Calle Independencia, Yervas Argentina, Bosque, Villa Jardines de Población del Sol, Colonia Itata, Alto Quilamapu	Bulnes, Buenas, Villa Los de Ñuble, Valdivia, Portal del Sol, Mallines del Sol, Ferreteria y	Calle Av. El Naval, Leones, Portal del Sol, Mallines del Sol, Ferreteria y	Calle Calle Yervas Buenas.	Sargento Independencia y	Aldea,
--------------------------------------	---	--	--	----------------------------	--------------------------	--------

En la tabla 3 se observa el resumen de variables sociodemográficas.

Tabla 3

Resumen variables demográficas

Variable		Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	217	65,6
	Masculino	114	34,4
Edad	30 – 45	8	2,4
	46 – 60	98	29,6
	61 – 75	225	68
Ocupación	Trabajo	62	18,7
	Pensión	258	77,9
	Otro	11	3,3
Estado Civil	Casado	203	61,3
	Soltero	33	10
	Viudo	60	18,1
	Divorciado	20	6
	Conviviendo	15	4,5
Año de Diagnostico	1 – 4	88	26,6
	5 – 9	104	31,4
	Más de 10	139	42
Tratamiento	Dieta	14	4,2
	Fármacos	102	30,8
	Insulina	14	4,2
	Dieta y Fármacos	148	44,7
	Dieta e Insulina	7	2,1
	Fármaco e Insulina	8	2,4

	Dieta, Fármaco e Insulina	38	11,5
Enfermedad	Dislipidemia	21	6,3
Asociada	Hipertensión	138	41,7
	Ambas	144	43,5
	Ninguna	28	8,5

De acuerdo al tipo de tratamiento que siguen los usuarios, el 79,8% son insulino dependientes, mientras que el 20,2% no son insulino dependientes.

El muestreo utilizado en la investigación es de tipo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Se excluye a los pacientes que padezcan enfermedades graves asociadas, por ejemplo, amputaciones, limitaciones en la movilidad, pérdida de visión o cualquier enfermedad que limite el diario vivir.

Y también se toman en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Se consideran personas que estén dentro del rango de edad de entre 30 a 75 años.
- Pacientes que poseen mínimo un año de diagnóstico.
- Enfermedades asociadas como dislipidemia e hipertensión.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado fue el Diabetes Quality of Life validado al idioma español (EsDQOL), que fue desarrollado en 1988 por el grupo de investigación DCCT (García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Agraz y Sánchez, 2003).

El cuestionario se cuantifica utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales, y se puntúa en una las dimensiones que evalúa el test EsDQOL, que son las siguientes: «Satisfacción»: con un rango de 1 = muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si en todas las preguntas el paciente se halla muy satisfecho, tendrá una puntuación global de 15; es decir, se trata de un paciente muy satisfecho con todos sus actos. «Impacto»; «Preocupación social/vocacional»; «Preocupación relativa a la diabetes»: con un rango de 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son: 20, 7 y 4, puntos respectivamente, lo que significaría que la diabetes ejerce escaso impacto y poca preocupación en la vida de las personas afectadas. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario (Millan, 2002).

Se ha probado que el EsDQOL posee validez de constructo y se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de CV. Además se cuenta con evidencia de validez discriminante del EsDQOL. En cuanto a la fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach se asume que las dimensiones miden lo propuesto y que están correlacionadas caracterizado por una adecuada consistencia interna, con Alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92 (García et al., 2003).

La validación de la versión en español del test se realizó mediante un estudio de las propiedades psicométricas en donde se tradujo el EsDQOL al español en el año 2003 (García et al., 2003).

En la tabla 4 se especifican los rangos de los puntajes totales del EsDQOL y sus dimensiones.

Tabla 4

Puntaje de corte interpretativo total EsDQOL y dimensiones

	Muy buena percepción de CV	Buena percepción de CV	Mediana percepción de CV	Baja percepción de CV	Muy baja percepción de CV
Puntajes de corte EsDQOL	46-82	83-119	120-156	157-192	193-230
	Muy satisfecho	Bastante Satisfecho	Algo Satisfecho	Poco Satisfecho	Nada Satisfecho
Puntajes de corte Satisfacción con tratamiento	15-26	27-38	39-40	51-62	63-75
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Puntajes de corte Impacto de la diabetes	20-35	36-51	52-67	68-83	84-100
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Puntajes de corte Preocupación social/vocacional	7-12,5	12,6-18,1	18,2-23,7	23,8-29,3	29,4-35
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Puntajes de corte preocupación relativa a la diabetes	4-7,2	7,3-10,3	10,4-13,5	13,6-16,7	16,8-20

Confiabilidad

La consistencia interna de un instrumento se estima a través del Alpha de Cronbach que permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida por medio de dimensiones, con lo que se espera que midan el mismo constructo.

En la Tabla 5 se muestra el coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento EsDQOL utilizado en la presente investigación.

Tabla 5

Resumen Coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento calidad de vida

	Número de Elementos	Alpha de Cronbach
Satisfacción con el tratamiento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	0,83
Impacto de la diabetes	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	0,77
Preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 / 1, 2, 3, 4	0,67
CV en pacientes diabéticos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 / 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 / 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 / 1, 2, 3, 4	0,86

En la Tabla se muestra el resumen del coeficiente de alpha de cronbach para cada dimensión. De acuerdo con el criterio sugerido por George (2003), al analizar el total de la CV, se obtiene que en general, el coeficiente de alpha de cronbach varía desde un coeficiente aceptable ($\alpha > 0,7$), hasta un coeficiente bueno ($\alpha > 0,8$), la preocupación social/vocacional y la preocupación relativa a la diabetes posee un coeficiente más bajo, el cual nos indica que su fiabilidad es moderada ($\alpha > 0,6$).

Procedimiento

Se envió una carta redactada por Mg. Alejandro Espinoza, el Decano de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista de Chile, dirigida a los CESFAM Violeta Parra en el mes de junio y Teresa Baldecchi el mes de mayo del presente año, con la finalidad de solicitar autorización para la aplicación del instrumento EsDQOL en una de las respectivas instituciones, donde se explica el objetivo del estudio y la población a la cual se dirigía. El 5 de agosto se obtuvo la autorización del presidente del Comité Ético y Científico del Hospital Herminda Martín, Don Carlos Escudero, para iniciar la aplicación del instrumento en el CESFAM Violeta Parra.

Respecto al CESFAM Teresa Baldecchi de San Carlos, no se obtuvo respuesta.

VARIABLES

Se establecen dos tipos de variables:

- CV como variable *dependiente*.
- DM tipo II como variable *independiente*.

VARIABLES INTERVINIENTES

- Sexo:
 - Femenino
 - Masculino
- Edad:
 - De 30 a 75 años
- Tratamiento seguido:
 - Insulina
 - Sin insulina

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En la investigación se describe el grado de CV en pacientes con diagnóstico de DM tipo II y se establecen diferencias entre esta percepción, de acuerdo al sexo, edad y tratamiento (insulino dependiente/no insulino dependiente) de los usuarios encuestados.

Una vez recopilada la información, los datos fueron ingresados a una planilla SPSS versión 22.0, digitadas por las investigadoras. Se realizó un análisis estadístico para variables intervinientes (sexo, tipo de tratamiento, edad) la cual se estimó media y desviación estándar (ver Tabla 8). Para el contraste de medias entre grupos se usó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney debido a que las variables contrastadas no distribuían de forma normal (ver Tabla 9 y 10). Para establecer relaciones entre las dimensiones del instrumento se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (ver Tabla 11). Finalmente se utiliza el Alpha de Cronbach para conocer la confiabilidad del instrumento (ver Tabla 5).

En la tabla 6 se presentan los puntajes para interpretar el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 6

Puntajes interpretativos coeficiente de correlación de Pearson

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación negativa nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

En la tabla 7 se observa frecuencia y porcentaje de las variables intervinientes.

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de variables intervinientes

VARIABLES INTERVINIENTES		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	217	65,6%
	Hombres	114	34,4%
	Total	331	100%
Tipo de tratamiento	Insulino-dependiente	67	20,2%
	No insulino-dependiente	264	79,8%
	Total	331	100%
Edad	30-52 años	44	13,2%
	53-75 años	287	86,3%
	Total	331	100%

Aspectos éticos

Durante el proceso de investigación se veló por respetar la libertad y autonomía de los usuarios del CESFAM Violeta Parra, al igual que la privacidad y el manejo confidencial de la información otorgada

por estos, sin la reutilización de los datos para fines ajenos al estudio, resguardando el anonimato del paciente en todo momento. Además se dio a conocer previo a la realización del protocolo un consentimiento informado el cual deberán firmar si están de acuerdo a la realización del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los 331 usuarios del CESFAM Violeta Parra que contestaron los cuestionarios sociodemográfico y EsDQOL arrojaron los siguientes resultados.

Calidad de vida

La media de CV que arrojó el cuestionario EsDQOL de los encuestados fue de 83,92 (DE=19,11), dando cuenta que los participantes de la investigación con diagnóstico de DM tipo II se encuentran en un rango de buena percepción de CV (ver Tabla 8).

Por lo que se refiere a la variable interviniente sexo se aprecia que las 217 mujeres declaran encontrarse en un rango de buena percepción de CV con una media de 86,03 (DE = 19,52), a diferencia de los 114 hombres con una muy buena percepción de CV con una media de 79,91 (DE = 17,69). Dado que las puntuaciones del cuestionario EsDQOL no siguen una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, que mostró que las puntuaciones de CV entre ambos sexos presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, sexo y CV, se encuentran relacionadas ($z = -2,749$; $p = 0,006$); es decir, los hombres declararon una mejor CV que las mujeres (ver Tabla 9).

Por lo que se refiere a la variable interviniente tipo de tratamiento (insulino-dependiente/no insulino-dependiente), se aprecia que quienes siguen un tratamiento para la DM tipo II con insulina, presentan una percepción de CV buena con una media total de 91,96 (DE = 22,70), a diferencia del grupo que sigue un tratamiento sin insulina que perciben una muy buena CV global con una media de 81,88 (DE = 17,56). La U de Mann-Whitney mostró que las puntuaciones de CV entre ambos tipos de tratamiento presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, tipo de tratamiento y CV, se encuentran relacionadas ($z = -3,158$; $p = 0,002$); es decir, aquellos usuarios que recibieron el tratamiento de la DM tipo II sin insulina declararon una mejor CV que aquellos usuarios que recibieron el tratamiento de la DM tipo II con insulina (ver Tabla 10).

Por lo que se refiere a la variable interviniente edad, se aprecia que a menor edad se manifiesta percibir una mejor CV, y al revés, a mayor edad se manifiesta percibir una peor CV. Ambas variables, edad y CV, al aplicar la r de Pearson presentaron una correlación estadísticamente significativa ($r = -,178$; $p = 0,001$); no obstante, a pesar de que la correlación se demostró significativa estadísticamente, el valor de la correlación (r) fue muy bajo (ver Tabla 11).

Dimensiones de la calidad de vida

Satisfacción con el tratamiento

La media de la dimensión satisfacción con el tratamiento que arrojó el cuestionario EsDQOL de los encuestados fue de 26,97 (DE = 8,98), dando cuenta que los participantes de la investigación con diagnóstico de DM tipo II se encuentran en un rango de muy satisfecho respecto al tratamiento que llevan por dicha patología (ver Tabla 8).

Por lo que se refiere a la variable interviniente sexo se aprecia que las 217 mujeres declaran encontrarse en un rango de bastante satisfechas con el tratamiento que reciben, con una media de 28,02 (DE = 9,22), a diferencia de los 114 hombres el cual refieren que están muy satisfechos con el tratamiento, con una media de 24,96 (DE = 8,17). De acuerdo a los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, se observó que las puntuaciones de la dimensión satisfacción con el tratamiento entre ambos sexos presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, sexo y satisfacción con el tratamiento, se encuentran relacionadas ($z = -2,932$; $p = 0,003$); es decir, los hombres declararon una mayor satisfacción con el tratamiento que llevan para la DM tipo II que las mujeres (ver Tabla 9).

Por lo que se refiere a la variable interviniente tipo de tratamiento (insulino-dependiente/no insulino-dependiente), se aprecia que quienes siguen un tratamiento para la DM tipo II con insulina, refieren sentirse bastante satisfechos con el tratamiento que siguen, con una media de 29,30 (DE = 9,21), a diferencia del grupo que sigue un tratamiento sin insulina encontrándose en un rango de muy satisfechos con el tratamiento con una media de 26,38 (DE = 8,84). La U de Mann-Whitney mostró que las puntuaciones entre ambos tipos de tratamientos y la dimensión satisfacción con el tratamiento, presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, tipo de tratamiento y satisfacción con el tratamiento, se encuentran relacionadas ($z = -2,479$; $p = 0,013$); es decir, aquellos usuarios que recibieron el tratamiento de la DM tipo II sin insulina declararon una mayor satisfacción con el tratamiento que aquellos usuarios que recibieron el tratamiento de la DM tipo II con insulina (ver Tabla 10).

Por lo que se refiere a la variable interviniente edad, se aprecia que a menor edad se manifiesta percibir una mayor satisfacción con el tratamiento que siguen para la DM tipo II, y al revés, a mayor edad se manifiestan una más baja satisfacción con el tratamiento. Ambas variables, edad y satisfacción con el tratamiento, al aplicar la r de Pearson presentaron una correlación estadísticamente significativa ($r = -,189$; $p = 0,001$); no obstante, a pesar de que la correlación se demostró significativa estadísticamente, el valor de la correlación (r) fue muy bajo (ver Tabla 11).

Impacto de la diabetes

La media de la dimensión impacto de la diabetes que arrojó el cuestionario EsDQOL de los encuestados fue de 38,33 (DE = 9,83), dando cuenta que los participantes de la investigación con diagnóstico de DM tipo II refieren casi nunca percibir un impacto de la DM en sus vidas (ver Tabla 8).

Por lo que se refiere a la variable interviniente sexo se aprecia que las 217 mujeres declaran que casi nunca presentan un impacto de la DM, con una media de 38,84 (DE = 9,82), al igual que los 114 hombres el cual expresan que casi nunca perciben un impacto de la DM, con una media de 37,34 (DE = 9,80). De acuerdo a los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, se observó que las puntuaciones de la dimensión impacto de la diabetes entre ambos sexos no presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, sexo e impacto de la diabetes, no se encuentran relacionadas ($z = -1,916$; $p = 0,055$); pese a lo anterior, los hombres declararon un menor impacto de la DM tipo II que las mujeres, a pesar de encontrarse dentro del mismo rango (ver Tabla 9).

Por lo que se refiere a la variable interviniente tipo de tratamiento (insulino-dependiente/no insulino-dependiente), se aprecia que quienes siguen un tratamiento para la DM tipo II con insulina, refieren que casi nunca perciben el impacto de la DM, con una media de 42,82 (DE = 12,80), al igual que el grupo que sigue un tratamiento sin insulina encontrándose que casi nunca perciben el impacto de la DM en sus vidas con una media de 37,19 (DE = 8,58). La U de Mann-Whitney mostró que las puntuaciones entre ambos tipos de tratamientos y la dimensión impacto de la diabetes, presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, tipo de tratamiento e impacto de la diabetes, se encuentran relacionadas ($z = -3,414$; $p = 0,001$); es decir, ambos grupos insulino-dependiente y no insulino-dependiente declararon casi nunca percibir un impacto de la DM tipo II en sus vidas (ver Tabla 10).

Por lo que se refiere a la variable interviniente edad, se aprecia que a menor edad se manifiesta un mayor impacto de la DM tipo II, y al revés, a mayor edad se manifiestan un menor impacto de la DM tipo II en la vida de los encuestados. Ambas variables, edad e impacto de la DM, al aplicar la r de Pearson no presentaron una correlación estadísticamente significativa ($r = -,099$; $p = 0,072$); sumado a lo anterior la correlación no se demostró significativa estadísticamente, y el valor de la correlación (r) fue muy bajo (ver Tabla 11).

Preocupación social/vocacional

La media de la dimensión preocupación social/vocacional que arrojó el cuestionario EsDQOL de los encuestados fue de 7,96 (DE = 2,05), dando cuenta que los participantes de la investigación

con diagnóstico de DM tipo II refieren nunca sentir preocupación social/vocacional respecto a la DM tipo II (ver Tabla 8).

Por lo que se refiere a la variable interviniente sexo se aprecia que las 217 mujeres declaran que nunca presentan una preocupación social/vocacional respecto de la DM tipo II, con una media de 8,08 (DE = 2,35), al igual que los 114 hombres el cual expresan que nunca presentan una preocupación social/vocacional respecto de la DM tipo II, con una media de 7,73 (DE = 1,26). De acuerdo a los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, se observó que las puntuaciones de la dimensión preocupación social/vocacional entre ambos sexos no presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, sexo y preocupación social/vocacional, no se encuentran relacionadas ($z = -,318$; $p = 0,750$); pese a lo anterior, los hombres declararon un menor preocupación social/vocacional respecto de la DM tipo II que las mujeres, a pesar de encontrarse dentro del mismo rango (ver Tabla 9).

Por lo que se refiere a la variable interviniente tipo de tratamiento (insulino-dependiente/no insulino-dependiente), se aprecia que quienes siguen un tratamiento para la DM tipo II con insulina, refieren que nunca presentan una preocupación social/vocacional respecto de la DM, con una media de 8,25 (DE = 2,92), al igual que el grupo que sigue un tratamiento sin insulina encontrándose que nunca presentan una preocupación social/vocacional respecto de la DM con una media de 7,88 (DE = 1,76). La U de Mann-Whitney mostró que las puntuaciones entre ambos tipos de tratamiento y la dimensión preocupación social/vocacional, no presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, tipo de tratamiento y preocupación social/vocacional, no se encuentran relacionadas ($z = -,702$; $p = 0,483$); A pesar de lo anterior, ambos grupos insulino-dependiente y no insulino-dependiente declararon nunca percibir el impacto de la DM tipo II en sus vidas (ver Tabla 10).

Por lo que se refiere a la variable interviniente edad, se aprecia que a menor edad se manifiesta una mayor preocupación social/vocacional, y al revés, a mayor edad se manifiestan una menor preocupación social/vocacional. Ambas variables, edad y preocupación social/vocacional, al aplicar la r de Pearson presentaron una correlación estadísticamente significativa ($r = -,181$; $p = 0,001$); no obstante, a pesar de que la correlación se demostró significativa estadísticamente, el valor de la correlación (r) fue muy bajo (ver Tabla 11).

Preocupación relativa a la diabetes

La media de la dimensión preocupación relativa a la diabetes que arrojó el cuestionario EsDQOL de los encuestados fue de 10,67 (DE = 4,52), dando cuenta que los participantes de la

investigación con diagnóstico de DM tipo II refieren a veces sentir preocupación relativa a la diabetes (ver Tabla 8).

Por lo que se refiere a la variable interviniente sexo se aprecia que las 217 mujeres declaran que a veces presentan preocupación relativa a la diabetes, con una media de 11,08 (DE = 4,48), a diferencia de los 114 hombres el cual expresan que casi nunca presentan preocupación relativa a la diabetes, con una media de 9,89 (DE = 4,52). De acuerdo a los resultados de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, se observó que las puntuaciones de la dimensión preocupación relativa a la diabetes entre ambos sexos presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, sexo y preocupación relativa a la diabetes, se encuentran relacionadas ($z = -2,172$; $p = 0,030$); es decir, los hombres declararon un menor preocupación relativa a la diabetes que las mujeres (ver Tabla 9).

Por lo que se refiere a la variable interviniente tipo de tratamiento (insulino-dependiente/no insulino-dependiente), se aprecia que quienes siguen un tratamiento para la DM tipo II con insulina, refieren que a veces presentan preocupación relativa a la diabetes, con una media de 11,58 (DE = 4,68), al igual que el grupo que sigue un tratamiento sin insulina encontrándose que a veces presentan preocupación relativa a la diabetes con una media de 10,44 (DE = 4,46). La U de Mann-Whitney mostró que las puntuaciones entre ambos tipos de tratamiento y la dimensión preocupación relativa a la diabetes, no presentan una diferencia estadísticamente significativa por lo que las dos variables, tipo de tratamiento y preocupación relativa a la diabetes, no se encuentran relacionadas ($z = -1,712$; $p = 0,087$); A pesar de lo anterior, ambos grupos insulino-dependiente y no insulino-dependiente declararon que a veces presentan preocupación relativa a la diabetes (ver Tabla 10).

Por lo que se refiere a la variable interviniente edad, se aprecia que a menor edad se manifiesta una mayor preocupación relativa a la diabetes, y al revés, a mayor edad se manifiestan una menor preocupación relativa a la diabetes. Ambas variables, edad y preocupación relativa a la diabetes, al aplicar la r de Pearson no presentaron una correlación estadísticamente significativa ($r = -,081$; $p = 0,144$); a de más el valor de la correlación (r) fue muy bajo (ver Tabla 11).

Tablas análisis estadísticos

Se realizó un análisis estadístico para variables intervinientes (sexo, tipo de tratamiento, edad) la cual se estimó media y desviación estándar (ver Tabla 8). Para el contraste de medias entre grupos se usó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney debido a que las variables contrastadas no distribuían de forma normal (ver Tablas 9 y 10). Para establecer relaciones entre las dimensiones del instrumento se usó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (ver Tabla 11).

En la tabla 8 se observan los estadísticos descriptivos del cuestionario EsDQOL referente a la media y desviación estándar de cada una de las dimensiones, y el total obtenido.

Tabla 8

Media y desviación estándar de las dimensiones y el total del cuestionario EsDQOL

	Mujeres		Hombre		Insulino-dependiente		No insulino-dependiente		Total	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Satisfacción con tratamiento	28,02	9,22	24,96	8,17	29,30	9,21	26,38	8,84	26,97	8,98
Impacto de la diabetes	38,84	9,82	37,34	9,80	42,82	12,80	37,19	8,58	38,33	9,83
Preocupación social/vocacional	8,08	2,35	7,73	1,26	8,25	2,92	7,88	1,76	7,96	2,05
Preocupación relativa a la diabetes	11,08	4,48	9,89	4,52	11,58	4,68	10,44	4,46	10,67	4,52
Puntaje total EsDQOL	86,03	19,52	79,91	17,69	91,96	22,70	81,88	17,56	83,92	19,11

ME: Media; DE: Desviación estándar.

En la tabla 9 se observa la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney respecto al sexo.

Tabla 9

U de Mann-Whitney según sexo de encuestados

	Mujeres (n=217)	Hombres (n=114)	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. Asintótica (bilateral)
Satisfacción con el tratamiento	28,02	24,96	9946,000	16501,000	-2,932	0,003
Impacto de la diabetes	38,84	37,34	10785,000	17340,000	-1,916	0,055
Preocupación social/vocacional	8,08	7,73	12157,000	18712,000	-,318	0,750
Preocupación relativa a la diabetes	11,08	9,89	10583,000	17138,000	-2,172	0,030
Total EsDQOL	86,03	79,91	10095,000	16650,000	-2,749	0,006

En la tabla 10, se observa la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, respecto al tipo de tratamiento que siguen los encuestados.

Tabla 10

U de Mann-Whitney según tipo de tratamiento de encuestados

	Insulino- dependientes (n=67)	No insulino- dependientes (n=264)	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. Asintótica (bilateral)
Satisfacción con el tratamiento	29,30	26,38	7111,500	42091,500	-2,479	0,013
Impacto de la diabetes	42,82	37,19	6457,500	41437,500	-3,414	0,001
Preocupación social/ vocacional	8,25	7,88	8448,500	43428,500	-,702	0,483
Preocupación relativa a la diabetes	11,58	10,44	7654,000	42634,000	-1,712	0,087
Total EsDQOL	91,96	81,88	6635,000	41615,000	-3,158	0,002

En la tabla 11 se presenta la correlación bivariada de Pearson respecto a CV y edad de encuestados.

Tabla 11

Correlación bivariada Pearson – CV y edad

		Edad	Satisfacción por el tratamiento	Impacto de la diabetes	Preocupación social/ vocacional	Preocupación relativa a la diabetes	Total EsDQOL
Edad	Correlación de Pearson	1	-,189**	-,099	-,181**	-,081	-,178**
	Sig. (bilateral)		,001	,072	,001	,144	,001
	N	331	331	331	331	331	331
Satisfacción	Correlación de Pearson	-,189**	1	,550**	,119*	,221**	,818**
	Sig. (bilateral)	,001		,000	,031	,000	,000
	N	331	331	331	331	331	331
Impacto de la diabetes	Correlación de Pearson	-,099	,550**	1	,204**	,337**	,875**
	Sig. (bilateral)	,072	,000		,000	,000	,000
	N	331	331	331	331	331	331
Preocupación social/vocacional	Correlación de Pearson	-,181**	,119*	,204**	1	,305**	,340**
	Sig. (bilateral)	,001	,031	,000		,000	,000
	N	331	331	331	331	331	331
Preocupación relativa a la diabetes	Correlación de Pearson	-,081	,221**	,337**	,305**	1	,547**
	Sig. (bilateral)	,144	,000	,000	,000		,000
	N	331	331	331	331	331	331
Total EsDQOL	Correlación de Pearson	-,178**	,818**	,875**	,340**	,547**	1
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000	
	N	331	331	331	331	331	331

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir la percepción de CV de los usuarios encuestados con diagnóstico de DM tipo II del CESFAM Violeta Parra. De este modo, se observó la relación entre las variables intervinientes como sexo, edad y tipo de tratamiento (con y sin insulina) sobre la percepción de CV de los encuestados. De acuerdo al análisis, se identificó que la percepción de CV de los usuarios encuestados con diagnóstico de DM tipo II fue buena ($M= 83,92$; $DE= 19,11$).

Se obtuvo que las mujeres percibieron una menor CV que los hombres, encontrándose las mujeres dentro del rango “buena percepción de CV”, a diferencia de los hombres que percibían un rango de “muy buena percepción de CV”. Resultados similares encontraron Ácerga et al. (2005), los cuales reportan que las mujeres tenían significativamente una menor CV al compararla con el sexo masculino. De la misma forma Navas, García, Vedilei y Marques el año 2010 determinaron que ser mujer es un elemento clínico predictor de una CV deficiente (Citado en Machado, Rojas, Cepeda, Benítez, Zambrano y Polacre, 2012).

En principio, es importante señalar que para definir la variable interviniente tipo de tratamiento se dividió de acuerdo a siete criterios: dieta, fármaco, insulina, dieta y fármaco, dieta e insulina, fármaco e insulina, y dieta, fármaco e insulina. Por lo anterior se decidió realizar una comparación entre los usuarios insulino dependientes y no insulino dependientes, para observar la diferencia específica entre estos dos grupos, con la cual se obtuvo que quienes siguen un tratamiento con insulina perciben una peor CV a comparación de los usuarios que siguen un tratamiento sin insulina. Esto se ratifica con investigaciones previas, donde Cases et al. (2003) observaron que pacientes con diagnóstico de DM tipo II con insulina como tratamiento principal percibieron una peor CV que aquellos que solo recurren a la dieta o metformina clorhidrato, o ambas. Este hallazgo coincide con el hecho que la prescripción de insulina se inicia en fases avanzadas de la enfermedad, cuando han aparecido complicaciones derivadas de la DM tipo II o simplemente que los fármacos ya no cumplen su propósito. De este mismo modo Jacobson en 1994 determina que aquellas personas que se aplican insulina tienen peor percepción de CV que aquellos que se suministran hipoglucemiantes o dieta, o ambas (Ácerga et al., 2005).

En relación a la variable edad, se identificó una correlación estadísticamente significativa entre edad y CV, como también con dos de las dimensiones del cuestionario EsDQOL, siendo edad y satisfacción con el tratamiento y edad y preocupación social/vocacional. A pesar de que las

correlaciones se mostraron significativas estadísticamente, el valor de la correlación (r) fue negativo muy bajo.

De acuerdo a las limitaciones importantes del presente estudio fue la prolongación del tiempo requerido para la aplicación del instrumento EsDQOL, debido al extenso relato de los encuestados al momento de leer las preguntas.

Se utilizó el sistema de fichas en papel y el carnet de atención para corroborar los datos de enfermedades asociadas, una limitación que surgió es el no haber tenido acceso a sistema electrónico de fichas RAYEN, ya que para acceder a este se necesita tener una cuenta personal como funcionario.

Conclusiones

En cuanto a las hipótesis formuladas es posible concluir:

- Se rechaza la hipótesis que los pacientes diagnosticados de DM tipo II poseen una percepción baja de CV. Consideramos que esto se puede deber a múltiples factores, como las características personales de cada encuestado, el contexto en que vive, el equipo de atención de cada sector, el desarrollo de la propia patología, entre otros.
- Se acepta la hipótesis que las mujeres perciben una menor CV que los hombres diagnosticados de DM tipo II. Esto se podría explicar por una influencia de factores endocrinos, ya que la muestra obtenida de mujeres se encuentra dentro de la edad esperada a la llegada de la menopausia, sumado a la influencia de los cambios contextuales que involucra el envejecimiento.
- Se acepta la hipótesis que las personas con diagnóstico de DM tipo II que siguen un tratamiento con insulina perciben una menor CV, a diferencia de quienes siguen un tratamiento sin insulina. De acuerdo a las investigaciones respecto al tema, es sabido que existe un desgaste psicológico en los usuarios que siguen un tratamiento con insulina, ya que se valora socialmente que es el último recurso estabilizante de la patología.
- Se acepta la hipótesis que a mayor edad la percepción de CV es menor en los usuarios con diagnóstico de DM tipo II. Lo anterior se puede comprender por los cambios propios de la edad, como también las enfermedades asociadas esperables con el pasar de los años y todo lo que conlleva el envejecimiento, tanto a nivel personal como contextual.

Recomendaciones

Los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan información sobre la percepción de CV de los pacientes con diagnóstico de DM tipo II y la influencia en esto, que tienen las variables intervinientes expuestas en este estudio.

Se sugiere dar mayor énfasis a las supervisiones psicológicas impartidas por el Programa Vida Sana, como también se sugiere que en casos que lo amerite, hacer la derivación correspondiente al Programa de Salud Mental.

De igual manera, se recomienda implementar talleres educativos y preventivos respecto de la patología, con el equipo multidisciplinario de cada sector.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE SOLICITUD – CESFAM VIOLETA PARRA



UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Chillán, 13 de abril de 2015

**SEÑORA
NANCY JARA
DIRECTORA CESFAM VIOLETA PARRA
CHILLÁN**

Respetada Sra. Nancy:

Me es grato saludarle y desearle las mejores bendiciones de Dios en cada una de sus actividades.

A través de este medio me dirijo a usted para solicitar la autorización para realizar una investigación en el CESFAM Violeta Parra. El estudio se titula: "Calidad de vida en pacientes diagnosticados con Diabetes Melitus tipo II de los centros de salud familiar Violeta Parra de Chillán y Teresa Baldecchi de San Carlos", con el cual se pretende investigar cómo esta patología afecta las distintas áreas de la vida de los pacientes, tales como: Satisfacción con el tratamiento, impacto del mismo, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y preocupación por efectos futuros de la enfermedad. Para ello se aplicará a los pacientes el instrumento "Quality of life" durante el mes de agosto o septiembre del presente año.

Quienes participan en el estudio son cuatro alumnas de la carrera de Psicología de esta universidad, lideradas por la docente Carolina Mora, Psicóloga. Cabe destacar que se mantendrá el anonimato de cada una de las personas involucradas en el estudio, y antes de la aplicación del instrumento se solicitará el consentimiento informado a algún familiar responsable.

Las estudiantes son las siguientes:

- Daniela A. Campos Fuentealba, RUT 17.062.881-0 (E-mail de contacto: campos4213@gmail.com)
- Denisse A. Murúa Iturra, RUT 17.839.610-2
- María J. Ojeda Jiménez, RUT 18.214.332-4
- Francisca D. Venegas Navarrete, RUT 17.989.964-7

Agradeciendo de antemano su gestión,

Saluda atentamente,



**DECANO
ALEJANDRO ESPINOZA LARENAS
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

OFICINA DE PARTES

Fecha Recepción: 05/06/15

CESFAM VIOLETA PARRA

AEL/egl

Cc:

- Archivo
- Estudiantes

Teléfono: 042 – 2433650 | Correo electrónico: alejandroespinoza@unach.cl

ANEXO II

CARTA SOLICITUD – CESFAM TERESA BALDECCH

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Ursula Contreras Díaz
SECRETARIA DIRECCION
CESFAM Teresa Baldecchi S.

Chillán, 13 de abril de 2015

12 MAY 2015

**SEÑOR
VÍCTOR MÉNDEZ
DIRECTOR (S) CESFAM TERESA BALDECCHI
SAN CARLOS**

Respetado Sr. Méndez:

Me es grato saludarle y desearle las mejores bendiciones de Dios en cada una de sus actividades.

A través de este medio me dirijo a usted para solicitar la autorización para realizar una investigación en el CESFAM Teresa Baldecchi. El estudio se titula: "Calidad de vida en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II de los centros de salud familiar Violeta Parra de Chillán y Teresa Baldecchi de San Carlos", con el cual se pretende investigar cómo esta patología afecta las distintas áreas de la vida de los pacientes, tales como: Satisfacción con el tratamiento, impacto del mismo, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y preocupación por efectos futuros de la enfermedad. Para ello se aplicará a los pacientes el instrumento "Quality of life" durante el mes de agosto o septiembre del presente año.

Quienes participan en el estudio son cuatro alumnas de la carrera de Psicología de esta universidad, lideradas por la docente Carolina Mora, Psicóloga. Cabe destacar que se mantendrá el anonimato de cada una de las personas involucradas en el estudio, y antes de la aplicación del instrumento se solicitará el consentimiento informado a algún familiar responsable.

Las estudiantes son las siguientes:

- Daniela A. Campos Fuentealba, RUT 17.062.881-0 (E-mail de contacto: campos4213@gmail.com)
- Denisse A. Murúa Iturra, RUT 17.839.610-2
- María J. Ojeda Jiménez, RUT 18.214.332-4
- Francisca D. Venegas Navarrete, RUT 17.989.964-7

Agradeciendo de antemano su gestión,

Saluda atentamente,

AEL/egl

Cc:

- Archivo
- Estudiantes



Teléfono: 042 – 2433650 | Correo electrónico: alejandroespinoza@unach.cl

ANEXO III
CARTA DE APROBACIÓN – CESFAM VIOLETA PARRA



CARTA 1VP NRO.: 04/2015

ANT.:

MAT.: Autoriza Investigación Científica.

CHILLAN, 07 de Julio 2015.-

**A: DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
 SR. ALEJANDRO ESPINOZA LARENAS**

En respuesta a solicitud de Investigación Científica “Calidad de vida en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II del Cesfam Violeta Parra”, realizada por alumnas de la carrera de Psicología de la Universidad Adventista, Daniela Campos, Denisse Murúa, María J. Ojeda y Francisca Venegas, esta Dirección autoriza dicha investigación.

Según protocolo esta deberá ser presentada al Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminia Martín, quienes evaluarán la factibilidad de dicha investigación.

Saluda atentamente a usted,



[Handwritten signature]
DRA. NANCY JARA JARA
DIRECTORA
CESFAM VIOLETA PARRA

DISTRIBUCIÓN:

1. La indicada
2. Alumnos: Daniela Campos - Denisse Murúa - María J. Ojeda - Francisca Vengas
3. Archivo Dirección

ANEXO IV
RESPUESTA APROBACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO - HHM



CEO/msl

ORD N°

507

5-03-15

ANT: Solicitud de Investigación N° 204

MAT: Respuesta del CEC.

CHILLAN,

A: SRTA. DENISSE MURUA Y GRUPO
ALUMNOS CARRERA PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

Me permito comunicar a usted, que el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín, teniendo a la vista la respuesta a las observaciones realizadas a la investigación: **“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II actualmente recibiendo tratamiento en el CESFAM Violeta Parra de la ciudad de Chillán.”** registrado internamente con el N° 204 a concluido lo siguiente:

- 1.- La recepción conforme de los cambios y complementos solicitados.
- 2.- El aporte del estudio al conocimiento y a la investigación científica.
- 3.- La aprobación del estudio propuesto por el Comité Ético Científico (CEC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Haciendo fe del buen uso de la información recopilada y resguardando la identidad de los participantes y la confidencialidad de los datos extraídos.

Por lo anterior, esta Dirección autoriza la iniciación de las actividades que competen a la investigación. **Los resultados de la investigación deberán enviarse formalmente al Comité, así como también el informe final.**

Sin otro particular y deseando los mejores resultados en su trabajo, le saluda atentamente.



DR. RODRIGO AVENDAÑO BRAANDEIS
DIRECTOR
HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN

Distribución
N° interno: 86
SDM., OCID – CEC, Of. Partes.

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO <http://hospitaldechillan.cl/web/comite-etico-cientifico> www.hospitaldechillan.cl
mirtha.soto@redsalud.gov.cl Fono 427431 Red Minisal 587431

ANEXO V
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS POR DIABETES
MELLITUS TIPO II EN EL CESFAM VIOLETA PARRA DE
CHILLÁN”**

Investigador principal: Denisse Murúa Iturra **Teléfono:** 67367096

Director TFI: Carolina Mora Riquelme

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la realización de la investigación titulada “Calidad de vida en pacientes tratados por diabetes mellitus tipo II en el CESFAM Violeta Parra de Chillán”, estudio desarrollado por alumnas de la Universidad Adventista de Chile de la carrera de Psicología, Daniela Campos, Denisse Murúa, María Jesús Ojeda y Francisca Venegas, para optar al título de Psicólogo.

Mi participación consiste en responder el cuestionario Quality of Life, con preguntas que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional, la cual he de responder en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Es de mi total conocimiento que los resultados de este estudio y la información que sea otorgada serán de carácter confidencial y no será para ningún otro propósito fuera de los alcances de este estudio. De este mismo modo se me informo que las respuestas serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto serán absolutamente anónimas.

En caso de cualquier inconveniente que aparezca puedo dirigirme al Presidente del Comité de Ética Dr. Carlos Escudero y denunciar lo sucedido al correo electrónico cescudero@ubiobio.cl, permitiéndome abandonar la investigación en el momento en que lo desee sin repercusiones en mi tratamiento médico.

Se me ha informado que esta investigación no tiene ningún beneficio personal, económico, ni relacionado con mi tratamiento actual, sino que más bien estoy en total conocimiento de que beneficiará a los usuarios en su generalidad.

Entiendo que una copia de este consentimiento se me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma Usuario/a

Firma investigadora

Firma Director Comité ético y científico

Hospital Herminda Martin

Chillán, _____ del 2015.

ANEXO VI
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

<p>Sexo:</p> <p>Femenino _____</p> <p>Masculino _____</p>	<p>Edad _____</p>	<p>Religión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Católica _____ • Evangélica _____ • Adventista _____ • Otra _____ 	
<p>Ocupación:</p> <p>Trabajo _____</p> <p>Pensión _____</p>	<p>Sector _____</p>	<hr/>	
<p>Años de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-4 años _____ • 5-9 años _____ • Más de 10 años _____ 		<p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casado _____ • Soltero _____ • Viudo _____ • Divorciado _____ • Conviviendo _____ 	
<p>Escolaridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza Básica <ul style="list-style-type: none"> ○ Incompleta _____ ○ Completa _____ • Enseñanza Media <ul style="list-style-type: none"> ○ Incompleta _____ ○ Completa _____ • Enseñanza Superior <ul style="list-style-type: none"> ○ Incompleta _____ ○ Completa _____ • Sin estudios _____ 	<p>Enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión _____ • Dislipidemia _____ • Otro _____ 	<p>Tratamiento actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta _____ • Fármacos _____ • Insulina _____ 	

ANEXO VII
CUESTIONARIO ESDQOL

Satisfacción	Muy satisfecho	Bast ante satisfecho	Algo satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho.
1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?	1	2	3	4	5
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1	2	3	4	5
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?	1	2	3	4	5
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?	1	2	3	4	5
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?	1	2	3	4	5
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?	1	2	3	4	5
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?	1	2	3	4	5

Impacto	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siem pre
1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia tiene bajo el azúcar en sangre?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente	1	2	3	4	5

enfermo?					
5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
8. ¿Con qué frecuencia se siente conforme consigo mismo?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1	2	3	4	5
13. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1	2	3	4	5
14. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
15. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3	4	5
16. ¿Con qué frecuencia habla con los demás sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?	1	2	3	4	5
19. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
20. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?	1	2	3	4	5

Preocupación social/ Vocacional	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1	2	3	4	5

4. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	1	2	3	4	5

Preocupación relacionada con la diabetes	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de la diabetes?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5

LISTA DE REFERENCIAS

- Ácerga-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C., & Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de investigación clínica*, 57(5), 676-684.
- Alleyne, G. (1996). La diabetes: una declaración para las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121 (5), 461-466.
- Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Cases, M. M., Gamisans, M. R., Llach, X. B., Villar, F. A., & Alcázar, J. R. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención primaria*, 31(8), 493-499.
- García, M. Del Castillo, A. Guzmán, R. Martínez, J. (2010). *Medición en psicología: del individuo a la interacción*. México: Universidad de Hidalgo.
- García, R. R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J. J., Agraz, F. P., & Sánchez, H. N. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15(2), 247-252.
- George, D. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. *Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G. D., Beldarrain, O., & Díez, J. (2007, April). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 30, No. 1, pp. 45-52)*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud
- Maya, L. (2006). *Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida*. Monografía on line] Bogotá: Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación FUNLIBRE.
- Machado, J. U., Diana, T. L., Rojas, K. R., Cepeda, N., Benítez, A. C., Zambrano, N. B., & Polacre, O. M. B. (2012). Comparación de la calidad de vida entre pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo 2. *Venezolana de Medicina Interna*, 28(1), 57-65
- Mena Martín, F. J., Martín Escudero, J. C., Simal Blanco, F., Bellido Casado, J., & Carretero Ares, J. L. (2006, August). *Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega*. In *Anales de medicina interna (Vol. 23, No. 8, pp. 357-360)*. Arán Ediciones, SL.
- Millán, M. (2002). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Atención primaria*, 29(8), 517-521.

- Ministerio de Salud (a). Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo II. Disponible <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>
- Ministerio de Salud (b). Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 disponible <http://epi.minsal.cl>
- Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. I Encuesta Nacional de Salud 2003 disponible <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/InformeFinalENS.pdf>
- Misrachi Launert, C. M., & Espinoza Santander, I. L. (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada con la salud. Obtenido de: <http://epi.minsal.cl/>
- Lara-Muñoz, M. Ponce de León, S. De la Fuente, J (1995). Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev. invest. clín*, 47(4), 315-27.
- Lauro, J., José, J., Sosa, S., Santiago, B., & Sustaita, G. (2003). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*, 42(2), 109-116.
- Liberman, G. C. (2013). Prevalencia e incidencia de los principales trastornos endocrinos y metabólicos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(5), 735-741.
- Oblitas, L.A. (3 ed.) (2010). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Como define la OMS la salud [pág. web]. Obtenido de: <http://www.who.int/seggestions/faq/es/> Organización mundial de la salud (Noviembre 2014). Diabetes [pág. web]. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Pérez Pérez, S., & Ribbón Montalvo, M. C. (2011). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Portilla García, L. A. (2011). *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*.
- Quirantes Hernández, A., López Granja, L., Curbelo Serrano, V., Montano Luna, J. A., Machado Leyva, P., & Quirantes Moreno, A. (2000). La calidad de la vida del paciente diabético. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 50-56.
- Romero, A. M., Ortiz, M. T. A., & de Adana Navas, M. S. R. *Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1*.
- Salazar, E., Colunga, R., Pando, M., Aranda, B., & Torres, L. (2007). Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. *Investigación en Salud*, 2, 88-93.
- Santos, E. S. G. (2014) *Estilo y calidad de vida en diabéticos con y sin programas de autoayuda*.
- Sociedad Chilena de Nefrología. Dr. Hugo Poblete Badal. Registro de Diálisis. *XXXII Cuenta de Hemodiálisis Crónica (HDC) en Chile*. (Al 31 de Agosto de 2012).
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.

- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), 15-26.
- Urzúa, A., Chirino, A., & Valladares, G. (2011). Autoreporte de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*, 139(3), 313-320.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44 (4), 349-361.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Calidad de vida*. Geneva: WHO
- Zavala, M., Martínez, O., & Whetsell, M. (2006). *Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos*. Aquichan, 6 (1).