

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

TÍTULO:

“Calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial Punin- Bellavista 2017”.

AUTORES:

Mercedes Carolina Carrera Lara

Silvana Alexandra González Chávez

TUTOR

Msc. Carola León Insuasty

RIOBAMBA – ECUADOR

2017

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de grado denominado “**CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ADULTO Y ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PUNÍN –BELLAVISTA 2017**” de responsabilidad de las Srtas. **CARRERA LARA MERCEDES CAROLINA** y **GONZÁLEZ CHÁVEZ SILVANA ALEXANDRA** ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su representación

PhD. Ivo Contreras

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Firma: 

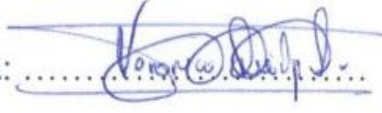
MsC. Carola León

DIRECTOR DE TESIS

Firma: 

MsC. Mónica Valdiviezo

Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Verónica Quishpi

Miembro del Tribunal

Firma: 

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por las Srtas. Carrera Lara Mercedes Carolina y González Chávez Silvana Alexandra, para optar el título de Licenciada en Enfermería y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación



Msc. Carola León

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras Mercedes Carolina Carrera Lara y Silvana Alexandra González Chávez somos responsables de las ideas, doctrinas y resultados propuestos en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría que pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Mercedes Carolina Carrera Lara

C.I 0604335455



Silvana Alexandra González Chávez

C.I 0604049056

AGRADECIMIENTO

MERCEDES

Agradezco a Dios por haberme permitido concluir una de mis grandes metas que es la finalización de mi carrera, a mi familia que siempre me han dado fuerza, fe y constancia, han estado conmigo apoyándome en mis momentos de debilidad, a mi pequeño hijo motor fundamental de mi vida, porque gracias a él he luchado para cumplir y lograr mis objetivos y así poder brindarle un futuro mejor, a la Universidad Nacional de Chimborazo, a los Docentes por su disponibilidad y entrega a lo largo de mi formación ya que gracias a ellos he logrado cumplir la meta propuesta, a mi tutora Lcda. Carola León por su valioso aporte y apoyo en el desarrollo y conclusión del presente trabajo de titulación.

SILVANA

Quiero agradecer a Dios por darme la capacidad, la fuerza y sabiduría necesaria para llegar a culminar mi meta, a mi familia que siempre han estado conmigo apoyándome en mis momentos de debilidad, a la Universidad Nacional de Chimborazo, a los docentes por su entrega a lo largo de mi formación ya que gracias a todos ellos he logrado cumplir mi meta propuesta

DEDICATORIA

MERCEDES

El presente trabajo de titulación se lo dedico primeramente a Dios por brindarme la oportunidad de cumplir esta meta tan deseada en mi vida y por interceder por mí en los momentos difíciles de mi vida. A mis padres, por haberse sacrificado para darme una profesión ,por ser mi fortaleza y mi apoyo incondicional, a mi precioso hijo porque es el pilar de mi vida, a mis docentes por inculcar día a día sus conocimientos y experiencias, para la formación de grandes profesionales de la salud, a mi tutora por su valioso apoyo y aporte. Personas muy valiosas y respetables gracias a ellos eh logrado concluir este trabajo de titulación.

SILVANA

Este trabajo está dedicado a mis padres que día a día me brindaron su apoyo incondicional, consejos y sobre todo fuerza para no decaer y seguir adelante cumpliendo cada una de mis metas

RESUMEN

La Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA) representan patologías de creciente incidencia tanto en adultos y adultos mayores. El objetivo fue describir las dimensiones de calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diagnósticos de DM y de HTA, atendidos en los Centros de Salud de “Punin” y “Bellavista” de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017, se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de campo, con enfoque mixto, mediante un muestreo no probabilístico del tipo “intencional o de convivencia” se seleccionaron 64 adultos y adultos mayores con diagnóstico de DM e HTA con edades iguales o superiores a los 20 años, se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de los datos se empleó un cuestionario cerrado denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado De: C. Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017. Este instrumento permitirá describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de la muestra de estudio; así como se identificó las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos. La población estudiada fue de 64 pacientes con edades iguales o superiores a 20 años. En el centro de salud de bellavista la población en estudio fue 35 pacientes con estas enfermedades, siendo la prevalencia de pacientes con DM de 31,43% y de pacientes con HTA de 68.58%. En el subcentro de salud de Punín la población en estudio fue de 29 pacientes, la prevalencia de pacientes con DM es 27.59% y de pacientes con HTA es de 72.41%. Dentro de las dimensiones de la calidad de vida destacan son: los cambios que la enfermedad ha provocado y los cambios en el carácter o comportamiento con la enfermedad.

Palabras clave: diabetes mellitus, hipertensión, dimensiones de la calidad de vida

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) and Arterial Hypertension (HT) represent pathologies of increasing incidence in both adults and older adults. The objective was to describe the dimensions of quality of life in the adult and elderly patients diagnosed with DM and hypertension, attended at the Health Centers of "Punin" and "Bellavista" of the city of Riobamba, in the period between A cross-sectional, observational, cross-sectional, and field-based study was conducted through a non-probabilistic sampling of the "intentional or cohabitation" type, 64 adults and elderly adults with DM and HTA with ages equal or superior to 20 years, were used methods of the theoretical level, such as: historical-logical, inductive-deductive, theoretical-practical, analytical-synthetic and logical-abstract. As a technique for data collection, a closed questionnaire called "Quality of Life Scale and Patient Satisfaction" was used, taken from: C. Peñacoba et al, 2004 - Adapted by K. Figueredo et al., 2008, 2017. This instrument will allow to describe the sociodemographic and clinical characteristics of the patients in the study sample; As well as the dimensions of quality of life and satisfaction affected in them. The population studied was 64 patients with ages equal or superior to 20 years. In the Bellavista health center, the study population consisted of 35 patients with these diseases, with a prevalence of patients with DM of 31.43% and patients with hypertension of 68.58%. In the health subcentre of Punin, the study population Was 29 patients, the prevalence of patients with DM is 27.59% and of patients with hypertension is 72.41%. Within the dimensions of the quality of life they emphasize are: the changes that the disease has caused and the changes in the character or behavior with the disease.

Key words: diabetes mellitus, hypertension, dimensions of quality of life



Reviewed by: Pazmino, Luis MGS.
Language Center teacher



TABLA DE CONTENIDO

PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	II
APROBACIÓN DE LA TUTORA	III
DERECHOS DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN	VII
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
METODOLOGÍA	12
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	29
ANEXOS	33

INTRODUCCIÓN

Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con las necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada persona, incluye aspectos personales como la salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales.⁽¹⁾ Los dos principales factores que intervienen en el estado de salud de la persona son las características genéticas y el estilo de vida, enfermedades como la DM y la HTA tienen una base genética pero el estilo de vida es el factor que determina las complicaciones que puede desarrollarse, los principales factores con mayor influencia negativa en las patologías crónicas son: el sedentarismo y la alimentación inadecuada por lo tanto debemos modificar los factores que afecten o alteren el estado de salud.⁽²⁾

La DM es una de las causas principales de mortalidad en el mundo, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían DM en 2014, frente a los 108 millones de 1980, la prevalencia mundial casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.⁽²⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el Ecuador, la prevalencia de DM en la población de 10 a 59 años es de 1.7%, esta proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50 años uno de cada diez ecuatorianos ya tiene DM.⁽³⁾ Según datos del Sistema Integrado de Conocimiento y Estadística Social (SICES) en el 2015 fallecieron 4566 personas con DM en el Ecuador.⁽⁴⁾

En la Provincia de Chimborazo según la encuesta ENSANUT se registran 5,10% de defunciones por DM ubicándose como la segunda provincia a nivel nacional con más índices de mortalidad por esta enfermedad.⁽³⁾

La HTA es la causa de por lo menos el 45% de las muertes a nivel mundial, uno de cada tres adultos mayores de 25 años sufre de esta enfermedad de acuerdo al informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽²⁾

Según la Encuesta ENSANUT indica que 717.529 ciudadanos en el Ecuador de 10 a 59 años sufren de HTA.⁽³⁾ Y según datos del SICES del 2015 han fallecido

3480 personas con HTA en el Ecuador.⁽⁴⁾

Según la encuesta ENSANUT se encontró 1108 casos de HTA con una tasa 249.82 por cada 100.000 habitantes en la provincia de Chimborazo.⁽³⁾

La investigación se realizó en los Centros de Salud Punin-Bellavista debido a que existen 64 pacientes con estas enfermedades, conociendo que ocupan un lugar importante en morbi-mortalidad según los datos estadísticos antes mencionados.

Las personas con DM e HTA enfrentan innumerables cambios, debido al fuerte impacto sobre la calidad de vida, siendo estos: cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales que los individuos deben afrontar. Estas enfermedades se dan a causa de factores como la inclusión de estilos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población, siendo estos factores predisponentes para desarrollar DM e HTA.

En cualquier momento de la vida, todos tenemos cierta perspectiva de la calidad de vida, sin embargo cuando se presenta alguna enfermedad, la calidad de vida puede verse modificada, la enfermedad compromete la integridad biológica, bienestar psicológico, social y económico, implica cuatro dimensiones: psicológica (percepción individual del estado cognitivo-afectivo), social (percepción individual de las relaciones interpersonales y sociales), ocupacional (necesidad de sentirse útil para la sociedad) y física (percepción del estado físico y efectos del tratamiento).⁽¹⁾

Cuando existe alteración en las dimensiones de la calidad de vida se pueden presentar consecuencias como: depresión, irritabilidad y ansiedad en la dimensión psicológica, deterioro de la movilidad física, fatiga y náuseas en la dimensión física, las dimensiones social y ocupacional se pueden unificar, puesto que se altera tanto el rol para desempeñar actividades laborales o del hogar como las relaciones sociales.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como base mejorar la calidad de vida de la población enfocándose en el Objetivo 3 del Plan Nacional de Buen Vivir “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la

salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas, con enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.⁽⁵⁾

Por lo tanto es necesario favorecer, mejorar y mantener la calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo que se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados

Los profesionales de Enfermería ayudan a mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la vigilancia a la salud, mediante visitas domiciliarias y de acciones educativas motivadoras individuales y colectivas, en los hogares y en la comunidad, consolidando la relación enfermero- paciente brindado un cuidado integral y humanizado, buscando de esta manera fortalecer el autoestima, desarrollar estrategias de autocuidado para adaptarse al medio en el que vive.

Los resultados de esta investigación, podrían ser un referente para posteriores investigaciones y ahí su relevancia, de esta manera, se estaría contribuyendo, al mejoramiento de la calidad de vida de la población y sería un importante aporte al sector de salud de la provincia de Chimborazo

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir las dimensiones de calidad de vida en el adulto y adulto mayor con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, atendidos en los Centros de Salud de “Punin” y “Bellavista” de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar la muestra de estudio, atendiendo a sus características sociodemográficas y clínicas.
- Determinar las dimensiones de la calidad de vida afectadas en la muestra de estudio.

MARCO TEÓRICO

Según la OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo sobre su situación en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas e inquietudes. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.⁽⁶⁾ Este concepto hace referencia principalmente a la satisfacción de las necesidades de las personas.

Según Abraham Maslow, todas las necesidades del ser humano están jerarquizadas de tal forma, que se van cubriendo desde aquellas orientadas hacia la supervivencia, hasta las que se orientan hacia el desarrollo dentro de ellas están: Necesidades fisiológicas.- vitales para la supervivencia: necesidad de respirar, beber agua y alimentarse, necesidad de dormir y eliminar los desechos corporales, necesidad de evitar el dolor, necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido o con vestimenta.

Necesidades de seguridad y protección.- surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas. Se refieren a sentirse seguro y protegido: seguridad física (asegurar la integridad del propio cuerpo) de salud (asegurar el buen funcionamiento del cuerpo), necesidad de seguridad de recursos (casa, dinero, automóvil, etc.), necesidad de vivienda (protección).

Necesidades sociales (afiliación).- Son las relacionadas con nuestra naturaleza social: función de relación (amistad, pareja, colegas o familia), aceptación social.

Necesidades de estima (reconocimiento).- La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad y la estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

Autorrealización es la necesidad psicológica más elevada del ser humano para una mayor motivación de la satisfacción de las necesidades humana lleva a una determinada calidad de vida.⁽⁷⁾

La DM es un trastorno metabólico en el cual el cuerpo no es capaz de regular las concentraciones normales de glucosa en sangre dando lugar a un aumento de las mismas por encima de los límites normales.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos” según la OMS. ⁽⁸⁾

La DM tipo 1: Está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas. Como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de diabetes necesitan inyecciones de insulina a diario con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 morirá. Dentro de los síntomas encontramos: poliuria (excreción excesiva de orina), polidipsia (necesidad excesiva de beber líquidos), polifagia (hambre constante), parestesia (sensación de hormigueo), pérdida de peso, visión borrosa, cansancio, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

La DM tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

La DMG se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con DMG corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de

padecer DM2 en el futuro. ⁽⁸⁾

Determinantes de salud biológicos: la edad mayor de 40 años el riesgo aumenta con la edad, sobrepeso.- cuanto mayor sea el sobrepeso, mayor será la resistencia del cuerpo a la insulina, antecedentes familiares.- los familiares de primer grado tienen mayor riesgo de adquirir esta enfermedad, se debe a la combinación de herencia genética y estilos de vida compartidos.

Determinantes conductuales: sedentarismo.- genera resistencia a la insulina y daños por déficit circulatorio, y con ello aumenta también las probabilidades de sufrir accidente cerebrovascular, tabaquismo.- disminuye la efectividad de la insulina y acelera las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

Determinantes sociales: condiciones sociales y económicas.- Ciertas condiciones sociales y económicas pueden ligarse el no tener acceso a áreas seguras para hacer ejercicio, el haber aprendido maneras poco saludables para cocinar, el no contar con suficiente dinero para comprar frutas y vegetales frescos, o alimentos que no han sido procesados y empaquetados. ⁽¹⁰⁾

Dentro de las complicaciones agudas tenemos: hipoglucemia.- descenso excesivo de la glucosa en la sangre se presenta cuando se realiza alguna actividad física en exceso o se omite algún alimento. Hiperglicemia.- El alto nivel de glucemia aparece cuando el organismo no cuenta con la suficiente cantidad de insulina o cuando la cantidad de insulina es muy escasa.

Complicaciones microvasculares: retinopatía diabética.- es la afectación ocular y puede conducir a una ceguera, nefropatía diabética.- es la afectación del riñón y puede producir una insuficiencia renal, neuropatía diabética.- es la afectación de los nervios y con el tiempo puede provocar dolor, sensación de hormigueo en los miembros inferiores ocasionando impotencia y pie diabético que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves.

Complicaciones macrovasculares: afectan a los vasos sanguíneos más grandes como la aorta, carótida o los vasos sanguíneos de las extremidades y pueden provocar: mala irrigación de la sangre principalmente en miembros inferiores, infarto de miocardio, infarto cerebral ⁽¹¹⁾

La calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada en el ámbito emocional y psicológico desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida dentro de ellos dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, ansiedad y depresión, deterioro físico, constante y progresivo que genera dificultad para realizar actividades cotidianas, la relación con familiares y amigos se ven afectadas por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida aparecen desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.⁽¹²⁾

El paciente que vive con diabetes, sus familiares y el equipo de salud tienen un rol activo y responsable, fomentando el autocuidado de tal manera que se logren identificar las ventajas y desventajas de conductas saludables, percibir el beneficio en la salud y aumentar la calidad de vida.

Según la OMS la HTA es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos, cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos al ser bombeada por el corazón cuanto más alta es la tensión más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.⁽¹³⁾

Los síntomas que abarcan pueden ser: cefalea (dolor de cabeza fuerte), epistaxis (sangrado nasal), náuseas o vómitos, confusión, cambios en la visión.

Las determinantes de salud son: biológicas, edad.- los adultos tienen mayor riesgo de HTA debido a que los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad, sexo.- los hombres son más propensos que las mujeres a sufrir de hipertensión, hasta los 45 años, entre los 45 y los 64, el riesgo de hipertensión es más o menos el mismo para hombres y mujeres, tras los 64, las mujeres son mucho más propensas a tener hipertensión que los hombres, antecedentes familiares.- debido a la combinación genética y estilos de vida compartidos los familiares consanguíneos tienen mayor riesgo de adquirir dicha enfermedad.

Determinantes conductuales: mala alimentación.- consumo excesivo de sal aumenta la retención de líquidos e incrementa el volumen sanguíneo, hábitos tóxicos.- consumo de alcohol y tabaco dañan los vasos sanguíneos y aumentan la presión sanguínea, sedentarismo.-conduce al sobrepeso u obesidad lo que ocasiona la acumulación de grasa en las paredes de las arterias ocasionando su taponamiento u obstrucción dificultando la circulación sanguínea.

Determinantes sociales: estrés.- estimula el sistema nervioso aumentando la secreción de hormonas ocasionando el incremento de la tensión arterial.

Dentro de las complicaciones tenemos: arterioesclerosis.- las arterias se vuelven rígidas y gruesas lo que dificulta la circulación sanguínea, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca.- se produce cuando el corazón realiza un mayor esfuerzo para bombear la sangre cuando existe una presión elevada convirtiéndolo con el tiempo en un órgano más grande pero con menos fuerza, enfermedad renal.- el riñón recibe la sangre con mayor fuerza por lo cual los vasos renales se engrosan y disminuyen su perfusión y dejan de filtrar las sustancias de desecho acumulando sustancias tóxicas en la sangre, accidente cerebrovascular.- el exceso de presión dentro de las arterias del cerebro pueden producir una ruptura provocando hemorragia cerebral, también se produce un taponamiento de las arterias convirtiéndose en una trombosis cerebral.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

La calidad de vida de los pacientes hipertensos se ve afectada en ámbito emocional debido a que presentan estrés, ansiedad, inseguridad, son más vulnerables porque están expuestos a una serie de prácticas sanitarias, en el ámbito físico debido al cansancio y fatiga que presenta, se evidencia sentimientos de dependencia para poder preservar su salud, las relaciones sociales se ven afectadas debido a los cambios en el carácter y comportamiento propios de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida es importante la participación del paciente, familia y el personal de salud.⁽¹⁴⁾

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y está relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones

significativas en la distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida.⁽¹⁵⁾

Se define al adulto como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.⁽¹⁶⁾

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador clasifica al adulto en: adulto joven 20 a 39 años, adulto de 40 a 64 años y adulto mayor más de 65 años.⁽⁵⁾

La calidad de vida en los adultos tienen características específicas en la que no intervienen factores propios de otros grupos de edad por ejemplo el retiro laboral, aumento de la presencia de enfermedades crónicas, cambios en las estructuras familiares y en los roles sociales.⁽¹⁷⁾

La gran parte de los adultos difícilmente podrían considerarse saludables pero desde una perspectiva positiva e integral resulta posible que los adultos y adultos mayores puedan alcanzar niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social incluso en presencia de enfermedades crónicas y de pérdidas asociadas al envejecimiento. La vida de los adultos mayores puede ser tan satisfactorias como otras etapas del ciclo vital si hay equilibrio en las actividades sociales, laborales y familiares.⁽¹⁸⁾

La calidad de vida de los adultos está directamente relacionada con el bienestar físico y mental.

La calidad de vida en el adulto joven no se encuentra alterada debido a que puede realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal, tiene afecto, participación en actividades y relaciones habituales con la familia, los amigos y los vecinos, realización de actividades como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias, capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar, percepción de la salud positiva, valoración de uno mismo, sentimiento de atractivo personal, corporal

masculinidad / feminidad y sentido de integridad corporal.

En la edad adulta existe la capacidad plena para decidir y actuar siendo responsable sobre sí mismo, los cambios que alteran la calidad de vida son: sufrimiento psicológico, ansiedad, depresión y preocupación por la salud futura, conductas relacionadas con el sueño como insomnio y dificultades para conciliar el sueño, fatiga o cansancio todos estos cambios son propios de la edad y por la aparición de enfermedades ⁽¹⁹⁾

Respetar la autonomía de los pacientes como base de la dignidad de los adultos mayores donde tiene derecho a mantener el control de su vida por tanto puede actuar con libertad.

Ciertas características ambientales de la vivienda y el entorno, sistema sobre protector y trastornos psicológicos disminuyen la dependencia del paciente, lo importante no es solo curar la enfermedad sino cuidar al paciente, las características de la calidad de vida del adulto mayor son: el tipo de actividades físicas son limitadas, especialmente si tiene antecedente de lesiones importantes, dependencia en las actividades diarias, requiere de actividades de ocio, bailar, conversar, pintar, realizar manualidades, entre otras actividades, favorecen al bienestar y a la calidad de vida en el adulto mayor, es aconsejable que mantenga contacto con sus familiares o amigos más cercanos para que se relacione e intercambie experiencias y conocimientos mejorando el estado de ánimo enfrentándose con mayor optimismo a nuevos retos. No solo se trata de realizar actividades sino de considerar un proyecto de vida para la vejez, considerando aquellos deseos, anhelos que los hagan sentir útiles y con la posibilidad de aportar a la sociedad y a la juventud desde un lugar distinto.⁽²⁰⁾

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y de campo, con enfoque mixto. Es descriptivo con el objetivo de describir las dimensiones de calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diagnósticos de DM y de HTA, atendidos en los Centros de Salud de “Punin” y “Bellavista” de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido entre abril a junio de 2017.

Según el periodo y la secuencia de estudio es de corte trasversal ya que estudio en un determinado momento.

La población de estudio quedo conformada por la totalidad de pacientes (180) con diagnóstico de ECNT que son atendidos en los Centros de Salud donde se desarrolló la investigación; de los cuales, mediante un muestreo no probabilístico del tipo “intencional o de conveniencia”, se seleccionaron (64) adultos y adultos mayores con diagnósticos de DM y de HTA que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, con edades iguales o superiores a los 20 años, con óptimo estado de salud mental, que residen de forma permanente en el área de influencia en el período de estudio y que se encuentren en su domicilio en el momento en el que se aplicará el instrumento.

Se utilizó métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de datos se aplicó el consentimiento informado (anexo 1) y la encuesta (anexo 2), a través de un cuestionario denominado “Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes”, tomado De: C. Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017⁽²¹⁾ al que se le realizaron adecuaciones mínimas para su aplicación al contexto cultural ecuatoriano. Este instrumento permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de la muestra de estudio; así como se identificó las dimensiones de calidad de vida y satisfacción afectadas en los mismos.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas. Estos fueron recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, lo que permitió su

procesamiento; lo que contribuyó a la interpretación cualitativa de los mismos.

Los investigadores respetamos los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtendrán las respectivas autorizaciones de los representantes de las instituciones de salud en el contexto de estudio.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes del Centro de Salud Bellavista- Punin 2017

Establecimiento de salud		Centro de Salud Bellavista		Subcentro de Salud Punin	
TOTAL DE PACIENTES		N°=35	%	N°=29	%
Género	Masculino	10	28.57	5	17.24
	Femenino	25	71.43	24	82.76
Edad	20-49	10	28.57	2	6.90
	50-64	14	40.00	2	6.90
	65 y mas	11	31.43	25	86.21
Religión	Católico	35	100.00	29	100.00
Etnia	Mestizo	35	100.00	24	82.76
	Indígena	-	-	5	17.24
Estado civil	Soltero/a	3	8.57	4	13.79
	Casado/a	22	62.86	21	72.41
	Divorciado/a	2	5.71	-	-
	Viudo/a	6	17.14	4	13.79
	Unión libre	2	5.71		
Nivel de instrucción	Básica	20	57.14	27	93.10
	Bachillerato	14	40.00	2	6.90
	Nivel técnico	1	2.86	-	-
Ocupación u oficio	Quehaceres domésticos	19	54,29	20	68,97
	Agricultor	1	2,86	6	20,69
	Chofer	7	20,00	1	3,45
	Comerciante	3	8,57	2	6,90
	Costurera	1	2,86	-	-
	Tapicero	1	2,86	-	-
	Mecánico	1	2,86	-	-
	Auxiliar de servicios	1	2,86	-	-
	Profesor	1	2,86	-	-
Hábitos tóxicos	Alcohol	3	8.57		
	Café	3	8.57	1	3,45
	Ninguno	29	82,86	28	96,55
Morbilidad	DM	11	31.43	8	27.59
	HTA	24	68.57	21	72.41

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes.

En el Centro de Salud Bellavista y Subcentro de Salud Punin predomina el sexo femenino comprendido en la edad de 50-64 y de 65 años y más, prevalece la religión católica, etnia mestiza, estado civil casados, instrucción básica; dentro de la ocupación u oficio un alto índice de la población son amas de casa, la población de estudio tiene un porcentaje mínimo de consumo de alcohol y de café, existe un alto porcentaje de pacientes mórbidos con HTA.

Tabla 2. Diabetes Mellitus según la edad y género

Centro de Salud Bellavista	Género		Femenino		Masculino		Total	%
			N°	%	N°	%		
Centro de Salud Bellavista	Edad	20-49	3	8.57	2	5.71	5	14.29
		50-64	2	5.71	1	2.86	3	8.57
		65 Y MAS	3	8.57	-	-	3	8.57
	Subtotal		8	22.86	3	8.57	11	31.42
Subcentro de Salud Punin	Género		Femenino		Masculino		Total	%
			N°	%	N°	%		
Subcentro de Salud Punin	Edad	20-49	1	3.45	-	-	1	3.45
		50-64	1	3.45	-	-	1	3.45
		65 Y MAS	4	13.79	2	6.90	6	20.69
	Subtotal		6	20.69	2	6.90	8	27.59

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes.

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 8.57% corresponde al sexo femenino comprendido entre la edad de 20-49 años y el otro 8.7% corresponde al sexo femenino comprendido entre la edad de 65 años y más que padecen de DM, a comparación del Subcentro de Salud de Punin con una población de 29 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 13.79% corresponde al sexo femenino comprendido en la edad de 65 años y más, por lo tanto la DM es más frecuente en el sexo femenino en el adulto mayor.

Tabla 3. Hipertensión Arterial según la edad y género

Centro de Salud Bellavista	Género		Femenino		Masculino		Total	%
			N°	%	N°	%		
Centro de Salud Bellavista	Edad	20-49	4	11.43	1	2.86	5	14.29
		50-64	7	20.00	4	11.43	11	31.44
		65 y mas	6	17.14	2	5.71	8	22.85
	Total		17	48.57	7	20.00	24	68.58
Subcentro de Salud Punin	Género		Femenino		Masculino		Total	%
			N°	%	N°	%		
Subcentro de Salud Punin	Edad	20-49	1	3.45	-	-	1	3.45
		50-64	1	3.45	-	-	1	3.45
		65 y mas	16	55.17	3	10.34	19	65.52
	Subtotal		18	62.07	3	10.34	21	73.41

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 20% corresponde al sexo femenino comprendido entre la edad de 50 a 64 años de edad padecen de HTA, a

comparación del Subcentro de Salud de Punin con una población de 29 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 55.17% corresponde al sexo femenino comprendido en la edad de 65 años y más.

Tabla 4. Nivel de instrucción –morbilidad de los pacientes del Centro de Salud Bellavista- Punin 2017

Centro de Salud Bellavista	Enfermedades Crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%	
	Nivel de instrucción		N°	%	N°	%			
		Básica		15	42.86	5	14.29	20	57.14
Bachillerato		8	22.86	6	17.14	14	40		
Nivel técnico		1	2.86	-	-	1	2.86		
Tercer nivel		-	-	-	-	-	-		
Cuarto nivel		-	-	-	-	-	-		
Subtotal			24	68.58%	11	31.43	35	100.00	
Subcentro de Salud Punin	Enfermedades crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%	
	Nivel de instrucción		N°	%	N°	%			
		Básica		20	68.97	7	24.14	27	93.10
		Bachillerato		1	3.45	1	3.45	2	6.90
		Nivel técnico		-	-	-	-	-	-
		Tercer nivel		-	-	-	-	-	-
		Cuarto nivel		-	-	-	-	-	-
SUBTOTAL			21	72.41	8	27.59	29	100	

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 42.86% tiene instrucción básica y padecen de HTA, a comparación del Subcentro de Salud de Punin con una población de 29 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 68.97% tiene instrucción básica y padecen de HTA.

Tabla 5. Morbilidad-según la profesión u oficio

Centro de Salud Bellavista	Enfermedades crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%
			N°	%	N°	%		
	Profesión	Quehaceres domésticos	14	40.00	5	14.29	19	54.29
Agricultor		-	-	1	2.86	1	2.86	
Chofer		5	14.29	2	5.71	7	20.00	
Comerciante		2	5.71	1	2.86	3	8.57	
Costurera		1	2.86	-	-	1	2.86	
Tapicero		1	2.86	-	-	1	2.86	
Mecánico		-	-	1	2.86	1	2.86	
Aux. Servicios		-	-	1	2.86	1	2.86	
Profesor		1	2.86	-	-	1	2.86	
Subtotal		24	68.57	11	31.43	35	100	

Subcentro de Salud de Punin	Enfermedades crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%
			N°	%	N°	%		
	Profesión	Quehaceres domésticos	14	48.28	6	20.69	20	68.97
Agricultor		5	17.24	1	3.45	6	20.69	
Chofer		-	-	1	3.45	1	3.45	
Comerciante		2	6.90	-	-	2	5.90	
Subtotal		21	72.41	8	27.59	29	100.00	

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes se evidencia que el 40% tiene como oficio quehaceres domésticos y padecen de HTA, al igual que el Subcentro de Salud de Punin con una población de 29 pacientes el 48.28% tiene como oficio quehaceres domésticos y padecen de HTA.

Tabla 6. Morbilidad - hábitos tóxicos

Centro de Salud Bellavista	Enfermedades crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%
			N°	%	N°	%		
	Hábitos tóxicos	Tabaco	-	-	-	-	-	-
Alcohol		1	2.86	2	5.71	3	8.57	
Café		2	5.71	1	2.86	3	8.57	
Ninguno		21	60.00	8	22.86	29	82.86	
Subtotal		24	68.57	11	28.57	35	100.00	

Subcentro de Salud de Punin	Enfermedades crónicas		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Total	%
			N°	%	N°	%		
	Hábitos tóxicos	Tabaco	-	-	-	-	-	-
Alcohol		-	-	-	-	-	-	
Café		-	-	1	3.45	1	3.45	
Ninguno		21	72.41	7	24.14	28	96.55	
Subtotal		21	72.41	8	27.59	29	100.00	

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes se evidencia que el 5.71% de pacientes con DM consumen alcohol y el 2.86% consume café y que el 2.86 % de pacientes con HTA consumen alcohol y el 5.71 % consume café, en comparación con el Subcentro de Salud de Punin con una población de 29 pacientes el 3.45% de pacientes con DM consumen café lo cual demuestra que en la ciudad existe un mayor consumo de hábitos tóxicos a diferencia del sector rural por ello manifestamos que los hábitos tóxicos son un determinante en las enfermedades crónicas ya que disminuyen las defensas inmunológicas.

Tabla 7. Dimensiones básicas de la calidad de vida los pacientes del Centro de Salud Bellavista 2017

Centro de Salud Bellavista											
Escala											
	Enfermedad crónica	Poco		Medio		Bastante		Nada		Total	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
P.1	DM	3	8.57	3	8.57	4	11.43	1	2.86	11	31.43
	HTA	6	17.14	11	31.43	6	17.14	1	2.86	24	68.57
P.2	DM	1	2.86	8	22.86	1	2.86	1	2.86	11	31.43
	HTA	4	11.43	15	42.86	3	8.57	2	5.71	24	68.57
P.3	DM	5	14.29	3	8.57	1	2.86	2	5.71	11	31.43
	HTA	9	25.71	5	14.29	4	11.43	5	14.29	24	68.57
P.4	DM	1	2.86	1	2.86	8	22.86	1	2.86	11	31.43
	HTA	3	8.57	8	22.86	12	34.29	1	2.86	24	68.57
P.5	DM	-	-	1	2.86	10	28.57	-	-	11	31.43
	HTA	-	-	-	-	24	71.43	-	-	24	68.57
P.6	DM	3	8.57	2	5.71	2	5.71	4	11.43	11	31.43
	HTA	9	25.71	8	22.86	3	8.57	4	11.43	24	68.57
P.7	DM	4	11.43	2	5.71	3	8.57	2	5.71	11	31.43
	HTA	8	22.86	10	28.57	4	11.43	2	5.71	24	68.57
P.8	DM	3	8.57	2	5.71	-	-	6	17.14	11	31.43
	HTA	6	17.14	5	14.29	1	2.86	12	34.29	24	68.57
P.9	DM	-	-	-	-	-	-	11	31.43	11	31.43
	HTA	3	8.57	2	5.71	-	-	19	54.29	24	68.57
P.10	DM	1	2.86	-	-	-	-	10	28.57	11	31.43
	DM	1	2.86	-	-	-	-	10	28.57	11	31.43
P.11	DM	3	8.57	1	2.86	-	-	7	20.00	11	31.43
	HTA	1	2.86	-	-	2	5.71	21	60.00	24	68.57

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 11.43% de pacientes con DM les afecta bastante mientras que 31.46 % de pacientes con HTA le afectan en nivel medio los cambios que la enfermedad provocan, a los pacientes con DM existe bastante cambio en su comportamiento con un 22.86% por otra parte en pacientes con HTA existe en nivel medio un cambio en su comportamiento con un 42.86%, se evidencia que los pacientes diabéticos con un 14.29% y los pacientes hipertensos con un 25.71% poco se ha limitado su actividad física debido a su enfermedad, los pacientes diabéticos con 28.86% y los pacientes hipertensos con 34.29% se han adaptado a las limitaciones por su enfermedad, los pacientes con DM en el 28.57% y los pacientes con HTA en el 71.46% son independientes en las actividades de autocuidado, en pacientes diabéticos con un 8,57% y en pacientes hipertensos con 25.71% la enfermedad ha producido poca limitación a la hora de realizar actividades, a los pacientes con DM con un 11.43% y pacientes con HTA con 22.86% la enfermedad afecta poco a su descanso, los pacientes con HTA con un 17.14% han tenido pocos problemas económicos por su enfermedad en relación con los pacientes con DM que no tiene ningún problema. Tanto los pacientes hipertensos como diabéticos no han tenido limitaciones al relacionarse con las demás personas, con su trabajo y no afectado a su familia.

Tabla 8. Dimensiones básicas de la calidad de vida los pacientes del Centro de Salud Punin 2017

Subcentro de Salud Punin											
Escala											
	Enfermedad crónica	Poco		Medio		Bastante		Nada		Total	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
P.1	DM	-	-	3	10.34	5	17.24	-	-	8	27.59
	HTA	7	24.14	9	31.03	4	13.79	1	3.45	21	72.41
P.2	DM	1	3.45	2	6.90	5	17.24	-	-	8	27.59
	HTA	3	10.34	12	41.38	4	13.79	2	6.90	21	72.41
P.3	DM	2	6.90	2	6.90	3	10.34	1	3.45	8	27.59
	HTA	5	17.24	10	34.48	6	20.69	-	-	21	72.41
P.4	DM	2	6.90	3	10.34	2	6.90	1	3.45	8	27.59
	HTA	5	17.24	7	24.14	8	27.59	1	3.45	21	72.41
P.5	DM	-	-	-	-	8	27.59	-	-	8	27.59
	HTA	-	-	1	3.45	20	68.97	-	-	21	72.41
P.6	DM	2	6.90	2	6.90	3	10.34	1	3.45	8	27.59
	HTA	7	24.14	8	27.59	5	17.24	1	3.45	21	72.41
P.7	DM	2	6.90	2	6.90	3	10.34	1	3.45	8	27.59
	HTA	6	20.69	10	34.48	5	17.24	-	-	21	72.41
P.8	DM	4	13.79	2	6.90	2	6.90	-	-	8	27.59
	HTA	14	48.28	2	6.90	4	13.79	1	3.45	21	72.41
P.9	DM	1	3.45	1	3.45	1	3.45	5	17.24	8	27.59
	HTA	7	24.14	-	-	1	3.45	13	44.83	21	72.41
P.10	DM	-	-	-	0.00	3	10.34	5	17.24	8	27.59
	HTA	7	24.14	2	6.90	-	-	12	41.38	21	72.41
P.11	DM	2	6.90	-	-	2	6.90	4	13.79	8	27.59
	HTA	6	20.69	2	6.90	1	3.45	12	41.38	21	72.41

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Subcentro de Salud Punín con una población de 29 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 17.24 % de pacientes con DM le afecta bastante los cambios que la enfermedad provocan a diferencia que en pacientes con HTA les afecta poco en un 31.03%, en pacientes con DM existe un cambio en su comportamiento con un 17.24% por otra parte a los pacientes con HTA existe en nivel medio un cambio en su comportamiento con un 41.38% , se evidencia que los pacientes diabéticos con un 10.34% se ha limitado bastante su actividad física y los pacientes hipertensos con un 34.48% ha limitado en nivel medio su actividad física debido a su enfermedad, los pacientes diabéticos con 10.34% se

han adaptado en nivel medio a las limitaciones por su enfermedad y los pacientes hipertensos con 27.59% se han adaptado a las limitaciones por su enfermedad, los pacientes con DM en el 27.59% y los pacientes con HTA en el 68.97% son independientes en las actividades de autocuidado, en pacientes diabéticos con un 34.00% tienen limitaciones a la hora de realizar actividades y en pacientes hipertensos con 27.59% la enfermedad ha producido nivel medio de limitación a la hora de realizar actividades, a los pacientes con DM con un 10.34% y pacientes con HTA con 17.24% la enfermedad afecta bastante a su descanso, los pacientes con DM con un 13.79% y los pacientes con HTA con 41.28% han tenido pocos problemas económicos por su enfermedad. Tanto los pacientes hipertensos como diabéticos no han tenido limitaciones al relacionarse con las demás personas, con su trabajo y no afectado a su familia.

Tabla 9. Dimensiones en relación con la satisfacción

Centro de Salud Bellavista											
Escala											
	Enfermedad crónica	Poco		Medio		Bastante		Nada		Total	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
12	DM	2	5.71	2	5.71	6	17.14	1	2.86	11	31.43
	HTA	2	5.71	12	34.29	10	28.57	-	-	24	68.57
13	DM	4	11.43	3	8.57	4	11.43	-	-	11	31.43
	HTA	2	5.71	12	34.29	10	28.57	-	-	24	68.57
14	DM	2	5.71	2	5.71	7	20.00		-	11	31.43
	HTA	1	2.86	9	25.71	14	40.00		-	24	68.57
15	DM	2	5.71	2	5.71	7	20.00	-	-	11	31.43
	HTA	1	2.86	8	22.86	15	42.86	-	-	24	68.57

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de Salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 17.14 % de pacientes con DM y el 28.57 de pacientes con HTA mencionan que la unidad de salud les proporciona los recursos para el cuidado de su enfermedad, el 11,43% de pacientes con DM están satisfechos con los recursos que les proporciona la unidad de salud mientras que el 34.29% con HTA es medianamente satisfechos con los recursos que les proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad, el 20% de pacientes diabéticos y el 40% de pacientes hipertensos están satisfechos con la atención que han recibido del personal de salud, el 20% de pacientes con DM y el

42.68% están satisfechos con el trato que han recibido del personal de salud, evidenciando que las dimensiones en relación con la satisfacción no se encuentran afectadas.

Tabla 10. Dimensiones en relación con la satisfacción

Subcentro de Salud Punin											
Escala											
	Enfermedad crónica	Poco		Medio		Bastante		Nada		Total	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
12	DM	2	6.90	3	10.34	3	10.34	-	-	8	27.59
	HTA	1	3.45	5	17.24	14	48.28	1	3.45	21	72.41
13	DM	2	6.90	4	13.79	2	6.90	-	-	8	27.59
	HTA	1	3.45	6	20.69	13	44.83	1	3.45	21	72.41
14	DM	1	3.45	2	6.90	4	13.79	1	3.45	8	27.59
	HTA	-	-	3	10.34	17	58.62	1	3.45	21	72.41
15	DM	1	3.45	2	6.90	5	17.24	-	-	8	27.59
	HTA	-	-	2	6.90	18	62.07	1	3.45	21	72.41

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Subcentro de Salud Punin con una población de 29 pacientes se evidencia que el 10.34 % de pacientes con DM y el 48.28 de pacientes con HTA mencionan que la unidad de salud les proporciona los recursos para el cuidado de su enfermedad, el 13.79% de pacientes con DM están en nivel medio satisfechos con los recursos que les proporciona la unidad de salud mientras que el 44.83% con HTA están satisfechos con los recursos que les proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad, el 13.79% de pacientes diabéticos y el 58.62% de pacientes hipertensos están satisfechos con la atención que han recibido del personal de salud, el 17.24% de pacientes con DM y el 68.07% están satisfechos con el trato que han recibido del personal de salud.

Tabla 11. Valoración global

P16											
Establecimiento de Salud	Enfermedad crónica	Poco		Medio		Bastante		Nada		Total	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Centro de Salud Bellavista	DM	-	-	2	5.71	9	25.71	-	-	11	31.43
	HTA	-	-	5	14.29	19	54.29	-	-	24	68.57
Subcentro de Salud Punin	DM	-	-	5	17.24	3	10.34	-	-	8	27.59
	HTA	1	3.45	7	24.14	13	44.83	-	-	21	72.41

Fuente: Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes

En el Centro de salud Bellavista con una población de 35 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 54.29% valoran la satisfacción con su vida positivamente, a comparación del Subcentro de Salud de Punín con una población de 29 pacientes que padecen enfermedades crónicas se evidencia que el 44.83% valoran la satisfacción con su vida positivamente, lo cual demuestra que se encuentran adaptados a su enfermedad y que no les ha causado ningún grado de complicaciones que les permite continuar con actividades cotidianas de manera normal.

DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado con una población de 64 pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de DM y HTA, atendidos 35 en el centro de Salud Bellavista y 29 en el Subcentro Punín en los cuales predomina el sexo femenino.

Los factores sociodemográficos asociados algunas de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos y adultos mayores son: género, edad, nivel de instrucción, profesión u oficio, hábitos tóxicos.

La incidencia de DM es mayor en el sexo femenino comprendido en la edad 65 años y más con un 8.57% en el Centro de salud Bellavista y con un 13.79% en el Subcentro de salud Punín, lo cual concuerda con el estudio CARMELA⁽²²⁾ Que manifiesta que la prevalencia de diabetes fue de 9.7% en mujeres y de 8.0% en hombres tomando en cuenta que tanto en nuestro estudio como en el estudio mencionado prevalece la DM en el sexo femenino debido a que están expuestas un mayor nivel de estrés, tensión, ansiedad y depresión lo cual aumenta la secreción de hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol, las incrementando la concentración de glucosa en la sangre.

La incidencia de HTA es mayor en el sexo femenino en los dos establecimientos de salud, en el Centro de Salud Bellavista predomina la edad de 50 a 64 años con un 20%, en comparación al Subcentro de Salud Punin en donde es más predominante en la edad de 65 años y más con un porcentaje de 55.17%. Por lo tanto la HTA es más frecuente en el sexo femenino en la edad adulta y adulta mayor, ya que a partir de los 50 años las mujeres a causa de la menopausia pierden los estrógenos y los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad.⁽²³⁾ En nuestro estudio es más frecuente la HTA en el área urbana lo cual no tiene relación con el artículo de la revista española de Salud Pública.⁽²⁴⁾ Que señala que el sector rural es menos predisponente a la HTA por las mejores condiciones y el estilo de vida.

De acuerdo al nivel de instrucción en nuestra investigación encontramos que los pacientes con instrucción básica padecen de HTA en el sector rural teniendo en cuenta que en el Centro de Salud Bellavista hay el 42.86% y en el Subcentro de Salud Punin el 68.97% lo cual indica que en el sector rural existe un elevado

desconocimiento de importantes aspectos sobre dicha enfermedad, trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo cambios en su estilo de vida y el cumplimiento de un tratamiento adecuado esto concuerda con el estudio de la revista española que indica que a menor escolaridad mayor es el riesgo.⁽²⁵⁾

En relación a la profesión u oficio como un factor de riesgo se evidencia que un alto índice que son amas de casa, el Centro de Salud de Bellavista con un 40.00% de la población estudiada padece HTA y en el Subcentro de Salud de Punín el 48.28% de la población padece la misma enfermedad, lo que indica que realizar actividades cotidianas en el hogar conlleva aun estrés físico y psíquico elevado, debiendo señalar que las amas de casa llevan sobre si el peso de la atención, el cuidado de los niños, labores domésticas, entre otras por lo que se encuentran sometidas al estrés, existiendo mayor sedentarismo y alto riesgo de obesidad lo que coincide con un estudio sobre los factores de riesgo de la hipertensión realizado por Marreros.⁽²⁶⁾

En nuestra investigación no existe un porcentaje relevante de consumo de sustancias tóxicas por lo cual no son la causa principal de las enfermedades debido a que el 82.86% de la población de Bellavista y el 96.55% de la población de Punin no consume nada. El consumo mínimo de estos hábitos son del 5.71% de pacientes con DM que consumen alcohol y el 5.71% de pacientes con HTA que consumen café en el Centro de salud Bellavista, a diferencia del Subcentro de Punin en donde el 3.45% de pacientes con DM consumen café tomamos en cuenta estos valores ya que en bibliografías revisadas indican que la cafeína es un estimulante y puede causar constricción de los vasos sanguíneos y aumentar la presión arterial. Por otra parte el alcohol en la diabetes disminuye la producción de glucosa debido a que el hígado cuando hay presencia de alcohol lo descompone, retrasando la producción hacia el torrente sanguíneo.⁽²⁷⁾

Al evaluar las dimensiones de la calidad de vida en forma general podemos mencionar que son favorables, las dimensiones alteradas son: los cambios que la enfermedad provoca con un 11.43% en pacientes diabéticos y con un 31.43% en un nivel medio en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Bellavista, mientras que el 17.24% de pacientes diabéticos les afecta bastante y el

31.03% de pacientes hipertensos les afecta en un nivel medio atendidos en el Subcentro de Salud Punin, otra de las dimensiones afectadas es el cambio en el carácter o de comportamiento por la enfermedad donde a los pacientes atendidos en el centro de salud bellavista les afecta bastante en un 22.86% de pacientes diabéticos, mientras que un 42.86% de pacientes hipertensos les afecta en un nivel medio, a los pacientes atendidos en el Subcentro de salud Punín les afecta bastante en un 14.24% a pacientes diabéticos y en un 41.38 % en pacientes hipertensos, esto tiene una gran relación con el estudio de la revista de las ciencias médicas.⁽²⁸⁾ En el que indica que las dimensiones de la calidad de vida son favorables pues predominan las categorías poco y nada determinando que a pesar de ser pacientes adultos y adultos mayores no tienen alterada su calidad de vida.

Dentro de las dimensiones en relación con la satisfacción en nuestro estudio se evidencia un alto porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos de los dos establecimientos de salud que se encuentran satisfechos con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad, con la atención y el trato que han recibido del personal de salud.

CONCLUSIONES

- ❖ Dentro de las dimensiones de la calidad de vida encontramos 8 dimensiones centrales las cuales son :a) bienestar físico que comprende salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria y ocio, b) bienestar emocional que comprende alegrías, autoconcepto, ausencia de estrés, c) relaciones interpersonales que comprende interacción, relaciones y apoyos, d) inclusión social comprende interacción y participación en la comunidad, e) desarrollo personal comprende educación, competencia personal y desempeño f) bienestar material comprende estado financiero empleo y vivienda g) autodeterminación comprende autonomía, metas y valores personales h) derechos comprende humanos y legales.
- ❖ De acuerdo a las características sociodemográficas determinamos que en la población de estudio prevalece el sexo femenino comprendido en la edad de 50 a 64 años y de 65 años y más, nos encontramos con un alto índice de nivel de instrucción básica, y que la mayoría de pacientes encuestados son amas de casa siendo estos los factores de riesgo en la prevalencia de DM y HTA.
- ❖ Las dimensiones que se encuentran afectadas en la población de estudio son: los cambios que la enfermedad ha provocado y cambios en el carácter o comportamiento.

RECOMENDACIONES

- ❖ Implementar campañas de promoción, prevención conjuntamente con las áreas de salud sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, para que la población conozca y así puedan adaptarse de mejor manera los cambios que las enfermedades les van a producir ya que de esta manera podrán llevar una mejor calidad de vida.
- ❖ Impulsar a la comisión de investigación a realizar proyectos educativos, institucional, sanitarios con avances científico, tecnológicos, priorizando a la población más vulnerable.
- ❖ Los estudiantes deben elaborar proyectos respondiendo a las necesidades de la comunidad, ofreciendo soluciones de manera metodológica, considerando los planes de desarrollo de acuerdo a las normativas.
- ❖ Recomendar a los centros de salud a la reapertura de los clubs tanto de diabetes como de hipertensión.
- ❖ Promover a que en los centros de salud se enfoquen en el bienestar físico, emocional y social de los pacientes con enfermedades crónicas.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Ledón Llanes Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Ago 08]; 37(4): 488-499. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.
- 2.- Organización mundial de la salud. Datos generales de diabetes mellitus e hipertensión arterial. [Sede web] Ginebra.OMS.2013. [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ec/.
- 3.- Freire Wilma B, Ramírez Luzuriaga María J, Belmont Philippe. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [sede web]. Ecuador: ecuadorencifras.gob.ec:2012 [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->
- 4.- Instituto Nacional de Estadística y Censo. Diez principales causas de muerte [sede web].Ecuador:SICES.2015. [Citado 2017 Jun 15]. Disponible en: <http://www.conocimientosocial.gob.ec>
- 5.- Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud.1^{era} Ed. Quito-Ecuador: 2012
- 6.- Organización mundial de la salud. Calidad de vida. [Sede web] Ginebra.OMS.2010. [citado 2017 Jun 09]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- 7.- Rocio B. Lifeder.pirámide de Maslow: las necesidades humanas. Lifeder [Internet]. 2015 Nov [citado 2017 Jun 15]; 20(11).Disponible: <https://www.lifeder.com/piramide-de-maslow/>
- 8.- Organización mundial de la salud. Diabetes [Sede web] Ginebra.OMS.2016. [Citado 2017 Jun 6]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- 9.- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes [sede web].Suiza. OMS. 2016Mar. [citado 2017 Jun 15]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

10.- Rodgers GP. Factores de riesgo para la diabetes. NIH . [Internet]; 2016 [cited 2017 junio 09]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/factores-riesgo-tipo-2>

11.- Rawlings K. Complicaciones de la diabetes. american diabetes association. [internet].;2017 [cited 2017 JUNIO 15]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/?referrer=https://www.google.com.ec/>.

12.- Arizmendi Araceli, Patiño Eder. Calidad de vida y diabetes, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN [internet].2015 Sep [citado 2017 JULIO 07] Disponible en: <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

13.- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo [sede web].Suiza. OMS. 2013. [citado 2017 Jun 15]. Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2:spa.pdf

14.- Guillén Gil, Navarro A. Esparcia, J. Merino Sánchez, Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan. Elsevier. [Internet] 2013 abr [citado 2017 Ago 7]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-calidad-vida-el-hipertenso-factores-S1889183701717941>

15.- Rodríguez Rodríguez José R, Zas Tabares Vivian, Silva Jiménez Elena Sanchoyerto López Ramiro, Cervantes Ramos María del Carmen. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud [Internet].2014En [citado 2017 Jun 15]:9(1):35-45.Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2014/pcs141f.pdf>

- 16.- Varela pineda Luis F, Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet] 2016 abr-jun [citado 2017 Ago 7]: 33(2):1-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36346797001.pdf>
- 17.- Montanet Avendaño Adalberto, Bravo Cruz Carmen María, Hernández Elías Esperanza Heida. La calidad de vida en los adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2009 Mar [citado 2017 Jun 15] 13(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es
- 18.- León Diana, Rojas Macarena, Campos Francisca. Guía calidad de vida en a Vejez. Pontificia Universidad Católica (Chi). 2011 Ago 11-85. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- 19.- Pérez Serrano, G., Juanas Oliva, Cuenca París, E. Calidad de vida en personas adultas y mayores. UNED [Internet].2013 abr [citado 2017 Ago 07] 12.-39. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:editorial-Cienciassocialesyjuridicas-0102033CT01A01>
- 20.- Urzúa Alfonso, Bravo Miguel, Ogalde Mario, Vargas Carolina. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Ago [citado 2017 Ago 08]; 139(8): 1006-1014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800005&lng=es.
- 21.- C. Peñacoba y cols, 2004, Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017, Escala de Calidad de Vida y Satisfacción en pacientes (ECVS-P), protocolo de registro
- 22.- Escobedo de la Peña Jorge, Buitrón Luisa, Ramírez Jesús .Diabetes en México. Estudio Carmela. SCIELO. [Internet]. 2011 sept-oct [citado 2017 Jul 04]; 79(5). 424-431. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/images/CARMELAdiabetesmexicoSPA.pdf>

23.- Rosario 3. Los hombres son más propensos a sufrir de presión alta que las mujeres. ROSARIO3 [Internet]. 2015 ene [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: [https://www.rosario3.com/noticias/Los-hombres-son-mas-propensos-a-sufrir-de-presion-alta-que-las -mujeres-20150113-0007.html](https://www.rosario3.com/noticias/Los-hombres-son-mas-propensos-a-sufrir-de-presion-alta-que-las-mujeres-20150113-0007.html).

24.- Tuesca-Molina Rafael, Guallar-Castillón Pilar, Banegas-Banegas José Ramón, Graciani-Pérez Regadera Auxiliadora. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2006 Jun [citado 2017 Jun 15]; 80(3): 233-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000300003&lng=es.

25.- Alegría Eduardo, Castellano José, Barrero Ana. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. Rev. Esp. Car [Internet]. 2008 nov [citado 2017 Jun 15]; 61(11): 1150-1158. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893208751650>

26.- Marreros José, Martínez Orlando, Colmenero Magdalena. Factores de riesgo de la hipertensión. Monografías [Internet]. 2013 en [citado 2017 Jun 15]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos28/hipertension/hipertension.shtml>

27.- Martha NK. La diabetes y el alcohol. UCSF. [Internet]; 2017 [citado 2017 Jul 26]. Disponible en: <https://dtr.ucsf.edu/es/la-vida-con-diabetes/dieta-y-nutricion/la-diabetes-y-el-alcohol-2/>

28.- Montanet Avendaño Adalberto, Bravo Cruz Carmen María, Hernández Elías Esperanza Heida. La calidad de vida en los adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2009 Mar [citado 2017 Ago 08]; 13(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Proyecto: Cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba

En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba, se desarrolla una investigación en el área de la Salud Pública, con el propósito de diseñar intervenciones interdisciplinarias de cuidados paliativos dirigidas al mejoramiento de la adaptación de los pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a las repercusiones negativas y la calidad de vida, para lo cual se requiere recabar datos que accedan al diagnóstico de las dimensiones de calidad de vida afectadas en estos pacientes y las dificultades para adaptarse a su condición de salud.

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán establecer las regularidades relacionadas con el diagnóstico mencionado.

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral.

Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que “he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio”, y para que así conste, firmo la presente:

Fecha (día/mes/año): _____/_____/_____

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

ANEXO 2

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES (ECVS-P)

De: C. Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K. Figueredo y cols, 2008, 2017 – PROTOCOLO DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____	
Dirección: _____	
Distrito de salud: _____	Centro de salud: _____
Edad: _____ años	Género: Femenino ____ Masculino _____
Religión que practica: _____	
Auto identificación étnica: Blanco ____ Mestizo ____ Indígena ____ Afro- Ecuatoriano ____	
Estado civil: Soltero/a: ____ Casado/o: ____ Divorciado/a: ____ Viudo/a: ____ Unión de hecho: ____	
Nivel de instrucción: Básica ____ Bachillerato ____ Nivel técnico ____ Tercer nivel ____ Cuarto nivel: ____	
Profesión u Oficio: _____	
Jubilado: Sí ____ No ____	
¿Con quién vive Ud.? _____	
Ud. padece de: Presión Alta: ____ Diabetes: ____ Enfermedades del corazón: ____ Sobrepeso: ____	
Cáncer: Si ____ NO: ____ ¿Dónde?: _____	
Consecuencias de la enfermedad: Sí ____ NO ____ ¿Cuáles? _____	
Padece de otras enfermedades: Si ____ NO: ____ ¿Cuáles? _____	
Capacidades especiales: Sí ____ No ____	
Ud. consume: Tabaco: ____ Alcohol: ____ Café: ____ Ninguno: ____	

Peñacoba y cols., 2004 – Adaptado por K- Figueredo, 2008, 2015 – PROTOCOLO DE REGISTRO

INTERESA CONOCER EL GRADO EN QUE SU ESTADO DE SALUD ACTUAL (ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS) LE HA AFECTADO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. MARQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE

DIMENSIONES BÁSICAS DE CALIDAD DE VIDA

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
1	¿Le afectan los cambios que su enfermedad ha provocado en su persona?				
2	¿Ha notado cambios de carácter o de comportamiento con la enfermedad?				
3	¿Su enfermedad ha limitado su actividad física?				
4	¿Se ha adaptado a las limitaciones por su enfermedad?				
5	¿Es independiente en las actividades de cuidado personal?				
6	¿La enfermedad le produce limitaciones a la hora de realizar actividades?				
7	¿La enfermedad afecta su descanso?				
8	¿Ha tenido problemas económicos por su enfermedad?				
9	¿Ha limitado su enfermedad las relaciones con las demás personas?				
10	¿Ha limitado la enfermedad su trabajo?				
11	¿Ha afectado su enfermedad a su familia?				

DIMENSIONES EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN

		POCO	MEDIO	BASTANTE	NADA
12	¿La unidad de salud le proporciona recursos para el cuidado de su enfermedad?				
13	¿Está satisfecho con los recursos que le proporciona la unidad de salud para el cuidado de su enfermedad?				
14	¿Está satisfecho con la atención que ha recibido del personal de salud?				
15	¿Está satisfecho con el trato que ha recibido del personal de salud?				
VALORACIÓN GLOBAL		INSATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento.					

ANEXO 3

1. RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE ENCUESTAS



Grafico 1 y 2, recolección de información



Grafico 3 y 4, aplicación a los pacientes que pertenecen al SCS de Punin



Grafico 5 y 6, aplicación de encuestas a los pacientes que pertenecen al SCS de Punin



Grafico 7 y 8, aplicación de encuestas a los pacientes que pertenecen al CS de Bellavista



Grafico 9 y 10, aplicación de encuestas a los pacientes que pertenecen al CS de Bellavista



Grafico 11, aplicación de encuestas a los pacientes que pertenecen al CS de Bellavista