



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“Espiritualidad como estrategia de afrontamiento,
calidad de vida y bienestar subjetivo en personas
mayores con diabetes”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Aguilar Pérez Leslie Fernanda

Dictaminadores:

Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

Dr. Edgardo Ruíz Carrillo

Mtra. Margarita Chávez Becerra



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 27 de agosto 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

At la memoria de mi hermoso cariño que se fue muy pronto de este mundo, pero siempre está presente en mi corazón y en cada paso que doy ella me guía. ¡Gracias mamá!

Gracias a mi padre por apoyarme en cada proyecto y en cada paso que me he propuesto, y no se lo recuerdo muy a menudo, pero siempre estaré agradecida por todos los sacrificios que ha hecho para brindarme el apoyo para lograr mis sueños. ¡Gracias papá!

Gracias al amor de mi vida, que me ha llenado de alegría y de esperanza, por ti es que cada día me motivo a ser mejor persona y luchar por mis sueños, quiero darte el mejor ejemplo que pueda y que sientas orgullo de saber que eres mi mayor motivo. ¡Gracias mi amor!

Gracias a mis queridos profesores Ana, Edgardo, Margarita, Hilda y Fernando, por brindarme puertas a nuevos aprendizajes y compartir conmigo sus conocimientos y sobre todo, su amistad.

A mis amistades Thania, Susy, Tania, Isela, Daniela, Michell, Denisse, Aphsara, Pepe, Violeta, Mafer, y Majo por hacer que mi etapa universitaria fuera grandiosa, llena de momentos, risas, apoyo y cariño.

Gracias al proyecto PAPIIT No. M311019, avalado por la DGAPA-UNAM quien financio parcialmente este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi alma mater y brindarme la mejor experiencia en los estudios. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

Leslie Aguilar

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1 ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	5
1.1 Diabetes	9
1.1.1 Tipos de diabetes	17
1.1.1 Diabetes Mellitus tipo 2.....	20
2 CALIDAD DE VIDA.....	23
3 BIENESTAR SUBJETIVO.....	37
3.1 Bienestar Hedónico	44
3.2 Bienestar Eudaemónico.....	46
4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	50
4.1 Espiritualidad	51
5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	55
5.1 Justificación.....	55
5.2 Objetivo	57
5.3 Metodología.....	58
5.3.1 Tipo de estudio	58
5.3.2 Participantes.....	58
5.3.3 Instrumentos.....	58
5.3.4 Procedimiento.....	65
6 RESULTADOS	68
6.1 Análisis de resultados.....	68
<i>Participante SGHM67</i>	68
<i>Participante FJALM65</i>	75

<i>Participante VLMF65</i>	80
<i>Participante SVPF76</i>	85
7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	91
BIBIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS.....	102

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conceptualización de la calidad de vida y los elementos que la componen. Modelo adaptado con base a la conceptualización de calidad de vida de Sánchez-Sosa & González-Celis (2006).	29
Figura 2 Pirámide motivacional de Maslow retomada del modelo de Campos, C. & Díaz- Ramírez, O. (2003). Motivación humana. Recuperado de: http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.2.pdf	42
Figura 3 Representación del significado de religiosidad.	52
Figura 4 Representación de la definición de espiritualidad.	53
Figura 5 Percepción del participante SGHM67 sobre calidad de vida.	70
Figura 6 Percepción del participante SGHM67 sobre bienestar.	72
Figura 7 Percepción el participante SGHM67 sobre la espiritualidad.	73
Figura 8 Percepción el participante SGHM67 sobre la religiosidad.	74
Figura 9 Percepción del participante FJALM65 sobre calidad de vida.	76
Figura 10 Percepción del participante FJALM65 sobre bienestar.	77
Figura 11 Percepción el participante FJALM65 sobre la espiritualidad.	79
Figura 12. Percepción del participante VLMF65 sobre calidad de vida.	81
Figura 13 Percepción del participante VLMF65 sobre bienestar.	82
Figura 14 Percepción el participante VLMF65 sobre la espiritualidad.	84
Figura 15 Percepción del participante SVPF76 sobre calidad de vida.	86
Figura 16 Percepción del participante SVPF76 sobre bienestar.	88
Figura 17 Percepción el participante SVPF76 sobre la espiritualidad.	89

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Preguntas retomadas del WHOQOL-100 en su versión validada por González-Celis en 2006 y Escala de Ryff para el diseño de la entrevista utilizada en el presente estudio.....	59
Tabla 2 Definición operacional de los conceptos Calidad de Vida, Bienestar Subjetivo y Espiritualidad	67

RESUMEN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es responsable de la muerte de uno de cada cuatro adultos diagnosticados con la enfermedad debido a que representa un alto riesgo de mortalidad en la población mexicana el presente estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su interacción con la enfermedad. Se diseñó una entrevista a partir de algunos ítems de los instrumentos WHOQOL-100 y Escala de Bienestar de Riff, se entrevistó a cuatro personas, dos hombres y dos mujeres con un rango de edad de 60 a 76 años de edad. De las entrevistas se extrajeron las respuestas de las personas y se diseñaron categorías para su análisis, se encontró que los participantes declaraban sentirse bien respecto a su calidad de vida y bienestar subjetivo aun cuando su enfermedad ha sido el factor principal del cambio en sus actividades cotidianas, y en su estilo de vida, esto se debe a las estrategias de afrontamiento que declaran utilizar ante las adversidades de la diabetes, la espiritualidad y el sentido que le dan a su vida les ha brindado una perspectiva diferente y con mayor entendimiento de lo que significa ser un paciente con enfermedad crónica.

Palabras clave: *Diabetes, calidad de vida, bienestar subjetivo, espiritualidad, religiosidad, estrategias de afrontamiento, entrevista, categorías.*

ABSTRACT

The type 2 Diabetes Mellitus is responsible for the death of one in four adults diagnosed with the disease because it represents a high risk of mortality in the Mexican population. This study aimed to analyze the quality of life, subjective well-being and Spirituality as a coping strategy in people with Type 2 Diabetes Mellitus and its interaction with the disease. An interview was designed based on some items of the WHOQOL-100 and Riff Welfare Scale instruments, interviewing four people, two men and two women with an age range of 60 to 76 years of age. From the interviews, the responses of the people were extracted and categories were designed for analysis, it was found that the participants declared that they felt good about their quality of life and subjective well-being even when their illness has been the main factor of the change in their daily activities, and in their lifestyle, this is due to the coping strategies that they declare to use in the face of the adversities of diabetes, the spirituality and the meaning they give to their life has given them a different perspective and with greater understanding of what It means being a patient with chronic disease.

Key words: *Diabetes, quality of life, subjective well-being, spirituality, religiously, coping strategies, interview, categories.*

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo abarca a lo largo de los diferentes capítulos, los antecedentes y los sustentos básicos sobre la calidad de vida, el bienestar subjetivo, y las estrategias de afrontamiento como espiritualidad y su diferencia con la religiosidad. Dichos conceptos representan variables que suponen verse involucradas de manera estrecha con enfermedades progresivas en el tiempo y que afectan de manera crónica la vida de quién las padece, así como también las investigaciones que se han hecho al respecto.

Pero en la actualidad ¿cuáles son los principales problemas sobre salud que acongoja a las personas? La aparición de las enfermedades crónico-degenerativas ha sustituido las preocupaciones e investigaciones sobre las enfermedades contagiosas; el nivel de mortalidad de las segundas ha disminuido, mientras que se ha presentado un incremento en la mortalidad de las primeras. Los cambios demográficos y sociales, así como el estilo de vida de la población mexicana han influenciado los niveles de mortalidad de la población. Para Castro, Gómez, Negrete y Tapia (1996) la mala alimentación, la obesidad, el sedentarismo, y los estilos de vida no saludables posibilitaron el surgimiento de algunas de las principales Enfermedades Crónico-Degenerativas como lo es la diabetes, por lo cual en la actualidad padecer una enfermedad de esta índole representa un costo alto en el aspecto económico, social, personal y sobre todo familiar.

Al ser enfermedades que van desgastando a la persona física, mentalmente y durante un largo periodo en el cual, las personas van percibiendo cambios en su calidad de vida llegando a ser mala afectando de manera negativa su modo de asumir los problemas y afectando de igual manera su entorno. Sin embargo, es de

gran importancia que se adquirieran herramientas que ayuden a enfrentar las situaciones negativas y que influyan para mejorar en la calidad de vida y bienestar psicológico de las personas, así como también otros aspectos psicológicos para tener un funcionamiento adecuado y mejor incluso con una enfermedad crónica (González-Celis, 2004 como se citó en: García, 2006).

Un aspecto importante sobre los siguientes capítulos es el carácter cualitativo de esta investigación debido a que tuvo por objetivo analizar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante la implementación de una entrevista semiestructurada puesto que al conocer el discurso en el que se sitúan los participantes respecto a las variables a analizar se puede comprender de una manera más detallada la influencia negativa o positiva que tiene la enfermedad sobre la vida de las personas y sobre como conviven con su enfermedad, como lo veremos a continuación.

1 ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

La OMS (2017a) ha definido a las Enfermedades Crónicas-Degenerativas [ECD] como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, en la actualidad son las principales causas de mortalidad en el mundo, han sido responsables del 63% de las muertes actuales. Pueden ser congénitas o hereditarias y suelen manifestarse en edades avanzadas, aunque se tiene registro que no es una regla determinada, ya que puede también afectar a jóvenes entre los 20 y 40 años y están estrechamente relacionadas con el estilo de vida.

Duran, Valderrama, Uribe, González y Molina (2010) definen a las ECD como enfermedades que no tienen, o no se conoce una solución definitiva, y el éxito del tratamiento depende del estado funcional que el paciente pueda mantener, así como el consumo de fármacos. También son consideradas como enfermedades de carácter multifactorial o complejo, debido a que en ocasiones indican la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo relacionadas al estilo de vida de las personas (Cocho, 2005, como se citó en González, Tinaco y Benhumea, 2011).

Shuman (1999, como se citó en González et al., 2011) señaló que las ECD son aquellas enfermedades donde las personas presentan los síntomas de manera prolongada y afectan su habilidad para realizar actividades, su medicación es limitada y en ocasiones provocan malestar físico y psicológico para el individuo y su familia. Así como también influyen en la percepción que la persona tiene sobre sí misma, el sentido de su vida, su orientación en espacio-tiempo, sus motivaciones, sus sentimientos, su dominio personal y sobre todo en su autoestima.

Debido a que existe un gran número de casos afectados con este tipo de enfermedades, Duran et al. (2010) refiere que cerca del 46% de la población mundial padece alguna de las ECD; y han aumentado los niveles de mortalidad, su complejidad y sobre todo el costo elevado de su atención representan un reto que el sistema de salud debe enfrentar con agilidad. Su surgimiento se da a partir de los cambios sociales y económicos que permitieron que el estilo de vida de las personas se modificara. Son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante desenlaces a partir de diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras (Córdova et al., 2008).

Su incidencia parte de factores ambientales y físico-biológicos, entre los que se encuentra el sobrepeso, el sedentarismo y la alimentación incorrecta. Deben ser entendidas adecuadamente, conocer los cambios significativos en el estilo de vida que estas traen consigo, así como también la utilización de fármacos y evaluaciones constantes que pueden presentar, la creación y promoción de los programas educativos que se centran en la adquisición de habilidades para obtener un tratamiento efectivo y adecuado (Córdova et al., 2008; Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007).

González et al. (2011) señala que cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa atraviesa por severas etapas de estrés, depresión y ansiedad, las cuales pueden ser superadas o controladas mediante el aprendizaje del manejo de emociones ante una enfermedad que se va a padecer toda la vida, o bien puede que la persona no asimile de manera correcta su condición de salud y dichas etapas sean más prolongadas y por lo tanto con mayor gravedad.

Cuando un paciente asume la condición de que padece una enfermedad crónica, trae consigo una significación negativa ante la noticia, debido a que en ocasiones es percibida como una sentencia de muerte, la cual no solo afecta al individuo, sino que representa un reto para todas aquellas personas que se encuentran en su red familiar o social, no solo por el carácter de la enfermedad, sino por los costos emocionales, sociales y sobre todo económicos que se relacionan con ella. La toma de decisiones que el paciente realiza a partir del diagnóstico respecto a su condición de enfermo se ve influenciada por su red de apoyo, y por la significancia que él le da. El carácter emocional que tienen las EDC se relaciona con la incertidumbre, el estigma, la pérdida de autonomía como resultado de los daños y complicaciones que a la larga pueden presentarse con el padecimiento (González et al., 2011).

Entre las principales ECD se encuentran las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades reumáticas, la osteoporosis, las coronariopatías, las enfermedades vasculares cerebrales, la insuficiencia renal, las hiperlipidemias y la diabetes. Castro, Gómez, Negrete y Tapia (1996) analizaron los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1990 con el objetivo de conocer las prevalencias nacionales y regionales específicamente para la diabetes e hipertensión arterial; la encuesta incluía 4,000 personas por cada región del país categorizadas en: zona norte, sur y central. Los participantes se encontraban en dos grupos de edad de 60-64 y de 65-69 años, al analizar los datos proporcionados por la encuesta encontraron que la hipertensión arterial contaba con una prevalencia general de 38%, mientras que las prevalencias regionales fueron: norte, 42.5%; centro, 37.4%; sur, 36%, En lo

referente a las prevalencias de la diabetes de manera general se encontró un 21%, y en las regionales: norte, 29.5%; centro, 23%; sur, 21.5%, de prevalencia respectivamente, a lo que concluyeron que la prevalencia de la diabetes debe ser un factor de interés para realizar programas de detección temprana e intervención para disminuir el nivel de mortalidad que las ECD representan, sin embargo, dada el periodo en el que se realizó tal encuesta y los cambios que se han producido en los años sucesorios a su aplicación las cifras han podido sufrir cambios.

Olaiz-Fernández et al. (2007) realizaron un análisis de los resultados obtenidos mediante la encuesta ENSA (Encuesta Nacional de Salud) 2000 realizada entre noviembre de 1999 y junio de 2000 para mostrar la prevalencia de la diabetes y los factores asociados a esta; la encuesta estaba conformada por cinco cuestionarios aplicados mediante una entrevista a 45,294 personas, así mismo se tomaron el peso, medias corporales, altura, nivel de glucosa, y obtención de información sobre diagnósticos previos de hipertensión, colesterol, insuficiencia renal. Los resultados mostraron que la población que conformaba la muestra indicaba que la prevalencia de la diabetes era del 7.5%, y el 77% de los participantes habían sido diagnosticados con diabetes y se observó que los datos confirmaban la relación y la posibilidad de que las personas presenten otras anomalías clínicas, y de acuerdo a la investigación realizada, los autores determinaron que la diabetes es la enfermedad crónica que tiene una prevalencia mayor en su muestra y consideran que la población que presenta más riesgo de presentar dicha enfermedad es aquella que tiene un acceso limitado al tratamiento debido a sus condiciones sociales y/o económicas.

La diabetes afecta a uno de cada cuatro adultos en México mayores de 60 años, y es una enfermedad que tiene estrecha relación con procesos degenerativos que aumentan el riesgo de presentar alguna complicación como pérdida de alguna extremidad inferior, ceguera, deterioro cognitivo, entre otras. Si bien, es una enfermedad que ha tenido una presencia relevante a lo largo de la historia de la humanidad, en las últimas décadas el aumento de casos y las consecuencias que trae consigo han representado un problema de dominio público para las sociedades actuales y sobre todo para el sector salud debido a que el gasto de atención médica que requiere en México es elevado, así como también a nivel mundial (González, Elizondo, Sánchez, Escobedo & Secchi, 2016).

1.1 Diabetes

Desde tiempos muy antiguos se comenzó a señalar la existencia de la diabetes, por su parte Nieto (2010) señalan que alrededor del siglo XIV se hace la primera mención sobre un padecimiento desconocido durante esa época que presumía síntomas correspondientes a la diabetes, sin embargo, no se ha encontrado ningún registro o manuscrito que sustente dicha afirmación. Fue un siglo después, exactamente durante el siglo XV A.C, que George Ebers redactó un papiro haciendo referencia a síntomas de la diabetes como el exceso de sed, hambre y orina excesiva con un olor dulce. Por otro lado, en el año 600 A.C, Susruta quién es considerado como padre de la medicina Hindú, describe a la enfermedad como aquella en la que se presenta la orina dulce, y fue él quien refiere por primera vez a pacientes con dichos padecimientos, y sustentado desde la medicina hindú la existencia de dos posibles tipos o características en enfermos con diabetes, el primer

grupo se refería a personas con delgadez extrema y el segundo grupo se caracterizaba por la inactividad y obesidad en las personas (Chiquete, Ñuño, & Panduro, 2001; Dorantes, 2016; Nieto, 2010).

En China se presentaban casos de personas que orinaban dulce y se presumía que las hormigas se colocaban en ella por lo dulce de la orina, así mismo, se les indicaba a dichas personas que evitaran el consumo de pan y vino, hecho que Nieto (2010) consideró relevante en relación con la influencia de la alimentación en la enfermedad en la actualidad. Celso durante el siglo primero después de Cristo, afirmó que la diabetes era una enfermedad relacionada con el riñón, debido a que aseguraba que las personas orinaban con olores y colores diferentes y que dicha orina al evaporarse producía un polvo que indicaba ser sal y al existir un exceso de sal en el cuerpo era la razón de que los riñones estuvieran involucrados y de esta manera se hizo la primera referencia de la poliuria y polidipsia haciendo hincapié en el peligro que condicionaba las emociones de dichos pacientes (Chiquete et al., 2001; Dorantes, 2016; Nieto, 2010).

Areteo de Capadocia en el siglo II D.C aludió la excesiva excreción de orina, y señalaba que era por beber agua en exceso y producía que las personas no retuvieran líquidos, desechándolos como una tubería (Dorantes, 2016; Nieto, 2010), por otro lado; Chiquete et al. (2001) mencionan que fue el mismo Areteo quien distinguió entre dos tipos de diabetes *mellitus* e *insípidas*.

Fue Thomas Willis quien argumentó el conjunto de síntomas específicos característicos de la diabetes en 1679. Willis propuso una prueba diagnóstica y recomendaba a sus pacientes dietas especiales, así mismo afirmaba que el agua con cal ayudaba a recuperar las sales que el cuerpo de los pacientes perdía, mismos

argumentos que sentaron bases para el tratamiento con álcali para tratar la acidosis que presentaban los diabéticos. John Rollo, haciendo modificaciones a las propuestas dietéticas de Willis, propuso que la dieta debía basarse en alimentos que produjeran el vómito, debido a que él consideraba que el estómago tenía un papel importante en la diabetes (Chiquete et al, 2001; Dorantes, 2016; Nieto, 2010).

Dorantes (2016) menciona que en 1683 J. Cornar efectuó una pancreatectomía en un perro, observando que el animal manifestaba un apetito y una sed insaciable. Y afínales del siglo XVII Cullen, confirmo que los pacientes de diabetes presentaban sed y una necesidad ingerir grandes cantidades de líquidos.

En el año de 1775, a partir de los estudios de Mathew Dobson acerca de la orina y de la sangre se identifica por primera vez la presencia de glucosa en la orina, el autor concluye que la glucosa se genera en la sangre debido a un desorden digestivo y el riñón era afectado por la saturación en su filtrado (Chiquete et al., 2001; Nieto, 2010).

Tromer en 1841 y Fehling en 1850, investigaron la aplicación de pruebas cualitativas y cuantitativas, respectivamente tratando de determinar la presencia de la glucosa en la orina sin gran éxito, sin embargo, S.R. Benedict introdujo la solución reactiva que indicaba si la orina contenía glucosa mediante una prueba cuantitativa, por lo que dicha solución se nombró en su honor (Chiquete et al. 2001).

Posteriormente, durante el siglo XIX, algunos autores como Appolinaire Bouchardat, Arnoldo Cantani, Bernard Naunyn hacían referencia a la importancia de los alimentos para el cuidado de la diabetes, aunque los primeros dos presumían que la alimentación debía ser restringida a consumir alimentos estrictamente determinados por ellos, sus aportaciones contribuyeron a que las investigaciones

del último tuvieran mejores resultados y por ende una mayor importancia en la historia de la diabetes, debido a que señaló que los pacientes podían comer los alimentos que quisieran siempre y cuando el consumo de calorías fuera disminuido (Chiquete et al, 2001; Dorantes, 2016).

Paul Langerhans descubrió las células Langerhans en el año 1869; a partir de las células descritas por él; Gustave Laguese en 1893 postula que las células Langerhans no estaban implicadas en los jugos gástricos y descubrió que dichas células estaban involucradas en el metabolismo de los carbohidratos y las denominó islotes. En lo que respecta al siglo XX las aportaciones que tuvieron mayor relevancia fueron las de Frederick Allen quien mantuvo en dieta estricta a sus pacientes, logrando una tasa de supervivencia mayor pero así mismo, observó que dicho método producía una pérdida significativa del peso corporal; la Asociación Americana de Diabetes [ADA] en 1979 (como se citó en Barnard, Lloyd y Holt, 2012) comienza a realizar recomendaciones acerca de la dieta y de la actividad que las personas con diabetes debían realizar, hecho que años más tarde sería reconocido por la OMS, durante 1990 y se añade la indicación que el plan alimentario y actividades debían ser diseñado de manera individual y personalizado.

La diabetes ha jugado un papel determinante en la vida de las personas durante largos periodos, sin embargo, con el paso de los años y de las investigaciones sobre el tema se han ido modificando y detallando los aspectos que confieren a la diabetes. Años atrás aún se tenía la creencia popular de que la diabetes era causada o podría ser causada a raíz de un coraje o de mal susto que las personas habían enfrentado, sin embargo, este hecho ha cambiado, ya que en la actualidad se tiene certeza de cuáles son los factores de riesgo que aumenta la

probabilidad de padecer diabetes. Diabetes proviene del vocablo griego, el cual se conforma por “*día*” que significa a través y “*betes*” refiere a pasar, en conjunto el significado sería pasar a través; el cual describiría el exceso de orina que las personas presentan.

La diabetes es considerada como un conjunto de desórdenes metabólicos caracterizados por la presencia de hiperglucemia, que es entendido como un alto nivel de glucosa en la sangre y resultante de los defectos de secreción o de la acción de la insulina y de la baja tolerancia a la glucosa, así mismo, se puede presentar un desequilibrio en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas.

Cuando se presenta una hiperglucemia crónica puede dañar a varios órganos como lo son los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos (ADA, 2008, como se citó en; Barnard et al., 2012; García, 2016; González y Colaboradores, 2000, como se citó en González et al., 2011; González et al., 2016; OMS, 2016; OMS, 1999, como se citó en Sen, Chakraborty y De, 2016; Razgado, 2010; Sánchez, 2009).

La Secretaría de Salud (2001) señala a la diabetes como aquella alteración metabólica que provoca que los niveles de glucosa en la sangre se eleven, causada por un defecto en la secreción o acción de la insulina, la insulina se produce en los islotes de Langerhans. Mencionan así mismo que, cuando una persona es diabética la producción de insulina es disminuida y altera al organismo, el aumento de glucosa no es seguido por la elevación de insulina, lo cual ocasiona que la glucosa no penetre en las células. Ante esto, las células no tienen suficiente energía y sus funciones sufren una alteración, como resultado la persona diabética siente debilidad, y el organismo trata de conseguir energía a través de las grasas, sin

embargo, esto hace que se muevan las almacenadas en el tejido adiposo, lo cual tiene como consecuencia un adelgazamiento no controlado en la persona.

Al mismo tiempo que lo anterior ocurre, el riñón trata de filtrar la glucosa, pero debido al alto nivel en la sangre de esta, el riñón tiene que diluirla a partir del agua que el organismo tiene, esto produce deshidratación lo que aumenta la sensación de sed y al eliminar el agua las personas presentan poliuria. Los síntomas comúnmente relacionados a diabetes son la poliuria o la necesidad de orinar excesivamente, polidipsia o sed excesiva, y pérdida de peso (Secretaría de Salud, 2001; Salazar y Ventura de Chapal, 2007; García, 2016).

Escalante (2001, como se citó en González et al., 2011) define la diabetes como un grupo de trastornos con anormalidades metabólicas de carácter complejo, en la cual se presenta una elevada producción de glucosa por el hígado, tiene una deficiente secreción de insulina por la célula beta del páncreas y una respuesta inadecuada del organismo a la acción de la insulina.

Durante la década de los ochenta, la diabetes debutó como la cuarta causa de muerte en México, se estimó que durante 1999 la diabetes fue la causa de muerte del 1.4% de 56 millones de defunciones. González et al. (2016) reportan que durante el año 2012 los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México, mostró que la prevalencia de la Diabetes tenía un crecimiento alarmante, siendo la prevalencia de 9.2%, aproximadamente 6 millones de adultos; siendo la causa de 1,5 millones de muertes por presentar la enfermedad, así como también el nivel de glucosa en la sangre fungió como causa de muerte en 2,2 millones de los casos (OMS, 2017c).

Actualmente, según las OMS (2018) el reporte sobre diabetes en México de 2016 reporta 8,700 muertes a causa de diabetes y 110,700 muertes a causa de hiperglucemia, mientras que en el Informe Mundial sobre Diabetes igualmente realizado por dicha organización en 2016, muestra que la prevalencia de la enfermedad ha ido en aumento en los últimos decenios y presenta un mayor crecimiento en aquellos países que tienen bajos ingresos o que están en vías de desarrollo, esto se demuestra a partir de 1980 la prevalencia era del 4.7% y en el 2014 se estimó que 422 millones de personas mayores de edad padecían diabetes, teniendo así una prevalencia del 8.5%.

García (2016) considera que, debido a la prevalencia de la Diabetes en México, es de gran importancia diagnosticar, clasificar y tratar dicha enfermedad de manera oportuna y correcta, y sugiere que una forma adecuada de identificar a personas diabéticas o en riesgo de serlo es la aplicación de encuestas en las que se detecte el nivel de riesgo en el que se encuentran las personas y da como ejemplo de ello, la encuesta FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*). Algunos de los factores de riesgo que han aumentado son el sobrepeso y la obesidad, y se estima que del 24% al 62% de personas que padecen diabetes no han sido diagnosticadas ni tratadas, o incluso desconocen su condición, esto se calcula que es una tercera parte de los diabéticos. Por otro lado, también la existencia del síndrome metabólico es entendida como alteraciones en la glucosa, presión arterial, elevación de triglicéridos, niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad y obesidad; personifica un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes (González et al., 2016; Sánchez, 2009).

Las consecuencias que trae consigo la diabetes pueden ser devastadoras, debido a que no solo afectan al paciente, sino también a las personas con las que convive en su vida cotidiana. La diabetes es considerada como la tercera causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial desde 1997 (Sánchez, 2009; Secretaría de Salud, 2001; OMS, 2017c).

En lo que respecta a su diagnóstico se puede a partir de la presencia o no presencia de los síntomas que caracterizan a la enfermedad, sin embargo, la *American Diabetes Association* (ADA) propuso la siguiente clasificación para poder diagnosticar la diabetes (Salazar y Ventura de Chapal, 2007; Sánchez, 2009):

1. Una determinación de glucosa mayor a 200mg/dL en pacientes que presenten síntomas.
2. Si la glucosa es de ≥ 126 mg/ dL ante la no ingestión de alimentos.
3. Glucemia dos horas después de una carga oral de 75g de glucosa ≥ 200 mg/dL, la prueba de tolerancia oral a glucosa PTOG.

La clasificación de un paciente en un tipo de diabetes depende de las circunstancias en el momento de su diagnóstico (García, 2016). La OMS (2016) señala que no existe con certeza la prevalencia de la diabetes en relación a su tipología, debido que para ello es necesario realizar pruebas de laboratorio y las estimaciones se realizan de manera general, sin embargo, la mayoría de las personas que padecen la enfermedad presentan Diabetes Mellitus Tipo 2, y aunque la Secretaría de Salud señaló dentro de su Programa de Acción de Diabetes que pudieran existir algunos factores genéticos para la presencia de la enfermedad, no se tiene una evidencia concreta que esto ocurra en todos los casos:

“La diabetes al igual que otras enfermedades comunes como la hipertensión, la obesidad o la aterosclerosis tienen un claro componente genético. Distintos genes y regiones cromosómicas han sido identificados, las cuales confieren susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad. En particular para la diabetes tipo 2 se han identificado distintas regiones cromosómicas de susceptibilidad en población Mexicoamericana en los cromosomas 2, 6, 10, 11, 15 y en los cromosomas 1, 5, 12 y 20 para población caucásica”. (p.21)

La enfermedad además de traer complicaciones también representa un costo económico y social para las personas y el sector salud, debido a que se estima que la diabetes en México en 1991 representó un gasto que ascendió a 330 millones de dólares a nivel nacional, mientras que para el sector salud fue de 100 millones de dólares, lo anterior fue señalado a partir de informes realizados por la ADA.

1.1.1 Tipos de diabetes

Existen diferentes tipos de diabetes, sin embargo, resulta difícil categorizar a las personas con diabetes en un solo tipo, debido a que su condición puede cambiar en relación al momento del diagnóstico y del progreso de la enfermedad. La OMS en el año de 1985 (como se citó en Sen et al., 2016) por primera vez, menciona la clasificación de la diabetes y afirmaba la existencia de dos tipos; la primera la insulino dependiente o tipo 1, y la segunda diabetes no insulino dependiente o tipo 2, posteriormente se les daría la nomenclatura de IDDM y NIDDM respectivamente. Dicha clasificación se utilizaría de manera universal para denominar a la diabetes en los años sucesorios.

Por su parte, la ADA (2008, como se citó en Razgado, 2010) recomienda que la clasificación de los tipos de diabetes sea la siguiente:

a) Diabetes Gestacional (DG): Se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, también es considerada como algún grado de intolerancia a la glucosa, y se reconoce por primera vez durante el embarazo, o bien, puede que se presente antes del embarazo y no haya sido diagnosticada (Fabela, 2016; García, 2016).

La OMS (2017b) señala que este tipo de diabetes se caracteriza por hiperglucemia 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.

No existe ninguna afirmación o evidencia que asegure que la diabetes gestacional termine al concluir el embarazo; ante esto, la OMS (2017a) afirma que existe una alta probabilidad que tanto la madre como sus hijos padezcan diabetes de tipo 2 en el futuro.

La diabetes gestacional se considera como una complicación que solo se presenta en el 4% de los embarazos y solo el 1% tiene la prevalencia de esta. Su diagnóstico oportuno reduce y previene la mortalidad y morbilidad durante este periodo y corren mayor riesgo de complicaciones durante el parto (ADA, 2008, como se citó en Razgado, 2010).

Posteriormente se agregó a la definición de diabetes el término *Mellitus* que proviene del latín y griego “miel”, y a partir de este vocablo se obtienen dos de las clasificaciones, entendiéndose a la Diabetes Mellitus como trastorno metabólico

caracterizado por la hiperglucemia crónica, resistencia a la insulina y un defecto en la secreción de insulina (Chiquete et al., 2001; Fabela, 2016).

- b) Diabetes Mellitus Tipo 1 [DMT1]: es aquella donde se destruyen las células beta que generalmente tiene como resultado la insuficiencia de insulina, y puede ser tanto auto inmunitaria o idiopática; la última solo se presenta en personas de origen africano o linaje asiático, mientras que la auto inmunitaria corresponde solo al 5% o 10% de las personas con diabetes (Fabela, 2016; García, 2016; Salazar & Ventura de Chapal, 2007).

También es considerada como un trastorno complejo que es resultado de mutaciones de varios genes, así como también la influencia de factores ambientales (Fabela, 2016).

Por su parte, la OMS (2017b) señala que este tipo de diabetes también se conoce como insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia y se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Sin embargo, se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Barnard et al. (2012) señalan que es generalmente diagnosticado de manera tardía, sus síntomas incluyen pérdida rápida del peso, sed excesiva, y necesidad frecuente de orinar y no tiene cura. Algunos pacientes de DMT1 presentan cetoacidosis diabética, hiperglucemias modestas que se vuelven severas con el tiempo, o incluso infecciones (García, 2016).

- c) Diabetes Mellitus Tipo 2 [DMT2]; Considerada como variable debido a que va de una resistencia a la insulina con deficiencia de la insulina, a un defecto predominante en la secreción de la insulina con resistencia a la insulina.

Algunos autores anexan a la clasificación que proponen o en la que se basan un cuarto tipo de diabetes denominado “Otros tipos específicos” e incluye a todos los pacientes que puede identificarse casi de manera completa el trastorno o síndrome, esta clasificación puede presentarse por: defectos genéticos en la función de las células beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas, endocrinopatías, inducida químicamente, infecciones, mediada inmunitariamente, o a causa de un síndrome asociado a la diabetes como pueden ser el síndrome Stiff-man, síndrome de Down, Klinefelter, Turner y Wolfram (Fabela, 2016; Razgado, 2010).

1.1.1.1 Diabetes Mellitus tipo 2

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) o también conocida como NIDDM, debido a que no tiene una dependencia a la insulina, asimila de manera inadecuada la insulina por lo que se puede caracterizar por la acción debilitada de la insulina y/o la secreción deficiente de insulina (Barnard et al., 2012; OMS, 2017b; Razgado, 2010; Sen et al., 2016).

La OMS (2017b) la define como aquella que utiliza de manera ineficaz la insulina y también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. En primera instancia, la diabetes se presenta como una anomalía en la resistencia de la insulina, lo cual indica que la insulina plasmática es incapaz de trabajar biológicamente sobre los tejidos blancos; tal problema tiene como resultado una disminución en la percepción de la glucosa y en la síntesis del glucógeno en los tejidos periféricos, así mismo, provoca problemas relacionados con la supresión de la producción de la glucosa hepática (Lazo de la Vega-Monroy y Fernández, 2010).

La resistencia a la insulina de la DM2 está relacionada con la obesidad e inactividad física y generalmente su aparición se da en la vida adulta y representa la mayoría de los casos mundiales alrededor del 90-95% de los casos de Diabetes y afecta principalmente a personas que padecen algún síndrome metabólico como: presión arterial, dislipidemia (altos niveles de lípidos) u obesidad. Aunque se ve influenciada por la obesidad, inactividad física y la alimentación, esta enfermedad es multifactorial debido a su relación con múltiples factores genéticos y factores del medioambiente (Sen et al., 2016; Fabela, 2016).

La resistencia a la insulina se considera como un factor de importancia para el síndrome metabólico para la intolerancia a la glucosa, hipertensión o la dislipidemia. Esta causa supresión defectuosa de la producción hepática de la glucosa, tanto en ayuno como en posprandiales (Lazo de la Vega-Monroy & Fernández, 2010). En relación con los factores genéticos, Sen et al. (2016) consideran que la historia familiar representa un factor de riesgo, al igual que las mutaciones que se pudiesen presentar en los genes glucoquinasa (son izoenzimas tipo IV que se encuentran en el hígado o en las células beta) como tipo congénito, sin embargo, no son determinantes establecidos que indiquen que todos los casos tengan origen en el aspecto genético o congénito.

El estilo de vida y el medio ambiente tienen un papel importante en la aparición de DM2 debido a, como se ha mencionado con anterioridad, a la inactividad y alimentación inadecuada en la cual se consumen alimentos que representan un riesgo para la salud, ante este hecho, Kaku (2010, como se citó en; Sen et al., 2010) señala que tanto el consumo insuficiente de calorías, el tabaquismo,

y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas también se ven involucrados, así como también las actividades laborales de las personas.

Fabela (2016) refiere que la DM2 se puede subdividir en: a) DM2 predominante a la insulinoresistencia con deficiencia relativa de la insulina, y b) DM2 predominante con defecto secretor de insulina, con o sin resistencia a la insulina.

La diabetes ocupó el primer lugar como motivo de consulta especializada en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año 2003, debido a sus síntomas (Sánchez, 2009). Se estima que para el año 2025 el doble de 150 millones de personas serán diabéticos, debido al crecimiento poblacional, envejecimiento y a las prácticas de alimentación no saludables. La diabetes y sus complicaciones se han vuelto un problema de salud pública que representa un gran impacto a nivel económico, social y sobre todo en la calidad de vida, convirtiéndola como una prioridad nacional.

2 CALIDAD DE VIDA

Los egipcios, hebreos, griegos y romanos crearon las preocupaciones por la salud del sujeto, centrándose primordialmente en factores de higiene personal y alimentación. A través del imperio bizantino y extendida al mundo árabe durante la edad media, y el apogeo del cristianismo se inicia un sentimiento de desprecio por lo mundano y la mortificación de la carne que produjo el abandono de lo personal y público, abandonando así los elementos básicos de saneamiento (González-Celis, 2005; Piédrola, 1991, como se citó en Moreno y Ximénez, 1996).

Su desarrollo tiene dos etapas fundamentales, la primera se da a partir del surgimiento de las primeras civilizaciones, extendiéndose hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, la salud privada y pública son las preocupaciones básicas; la segunda aparece con la nueva concepción de Estado “moderno” y la instauración de leyes sobre derechos y bienestar social, así como también de las regulaciones del trabajo y el descanso, de la enfermedad y los accidentes, la maternidad, la vejez y de la muerte. Debido a lo anterior y al reconocerse los derechos humanos y derechos ciudadanos del siglo XIX le permite a la calidad de vida tener una expansión social y política (Moreno y Ximénez, 1996; González-Celis, 2005).

Blanco (1985, como se citó en Moreno y Ximénez, 1996) considera que a partir de la segunda guerra mundial se da el establecimiento de las democracias parlamentarias y la instauración de una economía del mercado, lo cual permitió un desarrollo económico amplio y propició a la iniciativa privada generar capitales personales y familiares. Sin embargo, un error común es vincular la calidad de vida

a dicho desarrollo económico, dejando de lado los aspectos cualitativos. Los inicios de la calidad de vida son reportados durante 1975 y durante los años 80's; concepto que surge a partir de la medicina. Debido a su reciente desarrollo el concepto ha partido de términos afines como salud, bienestar y felicidad para tener un contexto histórico (García, 1991, como se citó en Moreno y Ximénez 1996).

González-Celis (2005) retoma la idea sobre que el presidente de Estados Unidos Lyndon B. Johnson fue el primero en utilizar el concepto de calidad de vida durante un discurso del estado de la unión en diferentes temas relacionados con la sociedad y las mejoras que esta pudiera tener, hecho que fue investigado por Bech. Es a partir de este hecho que las investigaciones sobre la calidad de vida comienzan a tener mayor interés y popularidad debido a que Estados Unidos dio pie a dichas investigaciones, a finales de los sesenta países como Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Japón, entre otros se unieron para realizar investigaciones al respecto.

Corugedo et al. (2014) señala que debido a que la calidad de vida es confundida con el nivel de vida de las personas, se suele evaluar solo por indicadores debido a esto, las primeras investigaciones se concentraban en recolectar y analizar indicadores sociales que permitían obtener datos respecto a la forma de vida y las necesidades que la sociedad tenía, fue la Russel Sage Foundation quien impulsó la búsqueda de indicadores, como resultado de esto se publica el libro *Indicators of Social Change* en 1972 escrito por E. B. Shelon y W. Moore, posteriormente se realiza la publicación sobre los indicadores sobre datos psicosociales que buscaban darle importancia a aspectos subjetivos como las actitudes, aspiraciones y los valores de las personas y se centró en indicadores perceptivos que tuvieran como objetivo darle un valor a elementos cualitativos, dicho

escrito fue *The Human Meaning Of Social Change*. Los países europeos influenciados por los norteamericanos realizaron encuestas nacionales sobre la calidad de vida abarcando elementos sobre el bienestar de sus ciudadanos durante los setentas, la primera encuesta fue la sueca realizada en 1968 sobre nivel de vida y en 1972 se investigó sobre el bienestar por el Grupo de Investigaciones de Sociología Comparada de la Universidad de Helsinki. A partir de ambos estudios se obtienen indicadores que permitieron determinar el nivel y calidad de vida de los ciudadanos (González-Celis, 2005).

La comisión de la Comunidad Económica Europea comenzó a realizar encuestas desde 1973 y publicando sus resultados cada seis meses en el Eurobarómetro, postulaban preguntas sobre la satisfacción de la vida y los sentimientos de bienestar y felicidad de las personas (Setién, 1995, como se citó en González-Celis, 2005). Posteriormente, con la aparición de la revista *Social Indicator Research. An International and Interdisciplinary Journal for Quality of Life Measurement* en 1974 propicia un parteaguas para el estudio de la calidad de vida y en las últimas dos o tres décadas se han realizado aproximadamente más de 11000 publicaciones sobre el tema de manera anual, según lo señala Michalos. Debido a las diferentes demandas sociales, la calidad de vida se ha modificado más allá de variables sociodemográficas (1995, como se citó en González-Celis, 2005; Molina, Meléndez y Navarro, 2008).

Se considera que la Calidad de Vida [CV] es un concepto multifactorial donde se toman en cuenta aspectos como situación económica, estilo de vida, condición de salud, vivienda, satisfacciones personales, apreciaciones subjetivas y objetivas, opiniones, expectativas y entorno social, así como también refleja normas sociales

y proporciona distintas apreciaciones a cada ámbito que evalúa (Alber, Delhey, Keck & Navenburg 2005, como se citó en Estrada et al., 2011; Calma, 1987, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Molina, Meléndez & Navarro, 2008; Quintero & González, 1997, como se citó en Estrada et al., 2011).

Levi y Anderson (1980, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996) redactaron que la ONU asume a la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el ocio y derechos humanos como elementos que conforman a la CV. Así mismo, los autores presumen que el concepto de CV debe estar conformado por elementos subjetivos y objetivos, y la definen como una medida compuesta por el bienestar físico, social y emocional de las personas.

Otros autores hacen mención que no solo debe ser definida por un nivel o medida, sino por la valoración o el conjunto de evaluaciones que las personas hacen sobre dichos elementos (Andrews & Withey, 1976, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Fernández-Ballesteros, 1998, como se citó en González-Celis, Tron & Chávez, 2009; Lawton, Moss, Fulcomer & Kleban, 1982, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Velarde & Ávila, 2002, como se citó en González-Celis et al., 2009;).

Corugedo et al (2014) y Ornelas (2011) consideran que, debido al carácter externo y subjetivo de la CV debe ser asumida como la valoración que las personas hacen sobre las condiciones materiales y espirituales de la vida, y es expresada en tres dimensiones: salud, condiciones económicas y satisfacción por la vida. Schwartzmann (2003, como se citó en González-Celis et al., 2009) define por su parte la CV como el conjunto de diversos dominios y dimensiones, como juicio,

satisfacción, sentimiento de bienestar personal, entre aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Giusti (1991, como se citó en González-Celis et al., 2009) la define como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Mientras que Moreno y Ximénez (1996) consideran que la CV es la respuesta individual y social ante situaciones de la vida cotidiana, que retoma componentes básicos del bienestar subjetivo, y prioriza la percepción y estimación de dicho bienestar.

Sánchez-Sosa y González-Celis (2006, como se citó en González-Celis et al., 2009) manifiestan que la CV está compuesta por tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades, y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como cv objetiva, y la tercera y última como subjetiva.

La OMS por su parte, alude a la CV como la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida dentro de un contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Se pueden identificar tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la CV: en general, relacionada con la salud y la específica para cada enfermedad. La general es entendida en términos de los distintos aspectos que conforman la vida de una persona, relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, psicológica y social, así como también de los síntomas físicos. Por último, en la específica de enfermedades se consideran los aspectos emocionales de los pacientes derivados del proceso de la enfermedad y de los efectos secundarios de

los tratamientos por los que son sometidos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006, como se citó en González-Celis et al., 2009).

La calidad de vida está compuesta por diferentes factores, sin embargo, la salud es la principal o de las que presenta mayor importancia, debido que es afectada ya sea de manera directa o indirecta por los demás factores que componen a la calidad de vida (Moreno & Ximénez, 1996).

Hernández-Huayta, Chavez-Menesses y Carreazo (2016) puntan que la Calidad de Vida Relacionada a la Salud [CVRS] es un concepto que comprende la percepción de la persona sobre su salud y sus distintas dimensiones (salud física, psicológica, social y ambiental) estableciéndose como un constructo multidimensional. CVRS se ha convertido en una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de la Calidad de vida; el concepto es aplicado mayormente en estudios relacionados con adultos de la tercera edad (Botero & Pico, 2007).

Patrick y Erickson (1993, como se citó en Botero & Pico, 2007) definen la CVRS como aquel cambio que se da en el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas y sociales, y la disminución de las mismas, a causa de una enfermedad, consecuencias y/o tratamientos. Mientras para Schumaker y Naughton (1996, como se citó en Botero & Pico, 2007) la definen como la percepción que se ve influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar actividades y de carácter subjetivo. Botero y Pico (2007) definen la CVRS como la capacidad que tiene el individuo para realizar actividades de la vida cotidiana relativas a los elementos físicos, sociales y afectivos. Partiendo de la conceptualización dada por Shwartzmann y sus colaboradores (cómo se citó en Botero & Pico, 2007) se entiende como el resultando de la interacción entre el

tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, los cambios que se dan en el estilo de vida de la persona, su red de apoyo, y la edad en que se presenta la enfermedad.

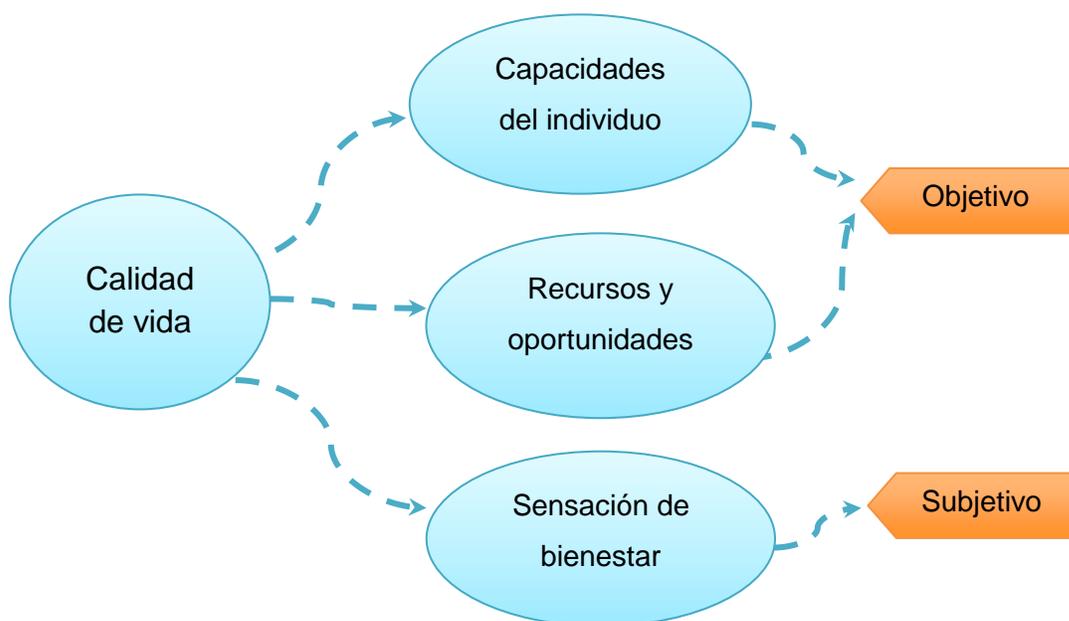


Figura 1 Conceptualización de la calidad de vida y los elementos que la componen. Modelo adaptado con base a la conceptualización de calidad de vida de Sánchez-Sosa & González-Celis (2006).

La *figura1* permite observar los elementos que componen de manera global a la calidad de vida, así como también resumir de manera general la definición del concepto de forma visual y clara. Los métodos actuales de evaluación de la Calidad de Vida [CV] en la actualidad se han centrado en tres tradiciones de investigación, la primera proviene de la psicológica definida por Jones: la felicidad como posible constructo a investigar; la segunda parte de la investigación de los indicadores sociales que se centra en determinar el bienestar a partir de elementos sociales y

económicos basados en necesidades filosóficas, necesidad de relación emocional con otras personas, necesidad de aceptación social y de realización y de sentido; y la tercera parte de la definición hecha por la OMS sobre CV (Botero & Pico, 2007). Evaluar el concepto ha representado un reto para los investigadores, debido a la existencia de diversas definiciones.

Desde la psicología la medida de la Calidad de Vida [CV] tiene como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas y estudiar las causas y consecuencias del estatus de la salud (Ware, Brook, Davies & Lohr, 1981. Como se citó en: Moreno & Ximénez, 1996). Terol y sus colaboradores (2000, como se citó en Molina et al., 2008) consideran que es primordial que el constructo de CV al evaluarse abarque aspectos físicos, sociales y psicológicos, así como también la subjetividad de la persona que está reportando la información.

Moreno y Ximénez (1996) considera que evaluar la Calidad de Vida [CV] es una tarea complicada, debido a que es multiconceptual y tiene un carácter objetivo-subjetivo, e impone múltiples criterios en función a la opción idónea del concepto. A lo largo de los años, los enfoques que ha prevalecido para la evaluación de CV ha sido el objetivo en primera instancia, entendiéndose como aquellos factores externos al sujeto; mientras que el segundo y último, se ha enfocado en los aspectos subjetivos, sin embargo, se debe entender que ambos enfoques se encuentran estrechamente relacionados y no puede existir el uno sin el otro, así como también necesitan de una base teórica para sustentarse y una metodología que les permita

ser operativizados. Las bases sociológicas y económicas sobre datos cuantitativos obtenidos de la población han utilizado la metodología de indicadores sociales, que sostendrían al enfoque objetivo; teniendo como prioridad incluir hechos reales generalmente utilizando la salud, educación, bienestar social, y seguridad ciudadana como principales indicadores de recolección de datos para momentos específicos y la influencia de programas sociales y políticos (Bauer, 1966, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Bloom, 1978, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996). Lo anterior representa una limitación, debido a que no expresan como tal la satisfacción y/o felicidad de la población estudiada.

Lawton (2001, como se citó en Molina et al., 2008) propuso un modelo ecológico para evaluar la CV mediante cuatro categorías que la componen. La primer categoría determinada calidad de vida física, es evaluada desde el ámbito biológico centrandó su atención en el estado de salud y las posibles limitaciones que la persona pudiera presentar tanto en el aspecto funcional como en lo cognitivo; la segunda referente a la calidad de vida social está conformada por indicadores objetivos de la relación con el mundo exterior, también puede ser entendida como una perspectiva estructural de apoyo social donde se evalúa el tamaño de la red de apoyo con el que la persona cuenta, las relaciones personales y su frecuencia, así como también la participación del individuo en actividades sociales; la calidad de vida percibida es la tercera categoría y está enfocada en los aspectos funcionales del apoyo social, de relaciones con amigos y familiares; y la última categoría referida al bienestar subjetivo o calidad de vida psicológica, la cual se compone por aspectos positivos y negativos. Existen diversos instrumentos para la evaluación de la CV,

como lo es el cuestionario DQOL (Diabetes Quality of Life), el cuestionario SF-12 (Short Form-12 Health Survey) y SF-36 (Short-Form- 36 Health Survey), cuestionario COOP-WONCA (The Dearmouth Primary Care Cooperative Information Project- Worl Organization of National Colleges , Academies and Academic Association of General Pactitioners/Family Physicians) entre otros.

La creación de un instrumento universal que pudiera medir la CV partio de un proyecto financiado por la OMS a inicios de los 90's, en la división de Salud Mental. En dicho proyecto se creó el cuestionario WHOQOL [World Health Organization Quality of Life] para establecer si existía algún concepto común universal de CV; tenían como objetivo fue evaluar la CV y pretendían ir más allá de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad, de las medidas de impacto de las enfermedades, la salud percibida, el estado funcional, así como también, pretendían relacionar CV con la salud debido a que la mayoría de las definiciones al respecto, habían sido creadas en Estados Unidos e Inglaterra, por lo tanto, debía ser un instrumento transcultural e incluir un elemento humanístico. Se desarrolló simultáneamente en una amplia variedad de lenguas y culturas, se realizó mediante una colaboración internacional de centros que representaban diferentes niveles de industrialización, accesibilidad a los servicios sanitarios y de otros marcadores relevantes para la calidad de vida (Lucas, 2007).

La creación del instrumento WHOQOL permitió estandarizar la evaluación de la calidad de vida, dando con ello una validez mayor a las investigaciones futuras que lo utilizarán. Estrada et al. (2011) realizaron una investigación con el objetivo de determinar las condiciones asociadas con la CV de los adultos mayores residentes

en centros geriátricos de Medellín en el 2008. Participaron 276 adultos mayores de 60 años de 39 centros de Bienestar del Anciano, se les aplicó una batería compuesta por la escala WHOQOL-OLD, la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage en su versión reducida, la escala de ansiedad de Goldberg, la escala SPMSQ [Short Portable Mental State Questionnaire] de Pfeffer para la valoración funcional de los adultos, así como también se realizó una estimación del estado nutricional y se obtuvieron datos sociodemográficos. Posteriormente, analizaron las variables mediante las pruebas U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis y el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados revelaron que el 59% de la muestra estaba compuesta por mujeres, en lo que respecta a realizar actividades de manera independiente el 71% reportó poder hacerlo, el 45% de la muestra presentó sintomatología depresiva y el 33% tenían riesgo de ansiedad. Así mismo se encontró que en lo que respecta al deterioro funcional de los participantes se presentó solo el 28% y el 54% de ellos tenía malnutrición. Los resultados reportaron que la CV presentaba un deterioro cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía son limitadas a actividades cotidianas, aunado a la presencia de sintomatología depresiva, ansiedad y el sentirse maltratado por la familia. Se desarrolló una versión breve del instrumento WHOQOL con el objetivo de poder resumir el perfil de las áreas y fuera utilizado en casos donde la evaluación fuera necesariamente rápida. Se seleccionaron por lo menos una pregunta de cada una de las 24 facetas y se incluyeron dos preguntas globales de la calidad de vida y salud en general, a partir de esto se conformó el instrumento (Lucas, 2007).

Un estudio realizado por Hernández-Huayta et al. (2016) tenía el objetivo de evaluar la CV Relacionada a Salud [CVRS] en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú de carácter transversal del año 2014 al 2016, participaron adultos mayores de 60 años, 207 del área rural y 240 de la urbana, en su mayoría contaban con un trabajo y tenían pocos años de educación, se les aplicaron los instrumentos WHOQOL-BREF Y WHOQOL-OLD. Encontraron que la población proveniente del área rural de Perú reportaba una CV mayor en todas sus dimensiones del WHOQOL-BREF, exceptuado la referida a relaciones personales, en lo referente al segundo instrumento su nivel obtenido fue alto. Mientras que los participantes del área urbana reportaban mejor CV solo en las dimensiones de *“Muerte y morir”* e *“Intimidad”*, y la dimensión de *“Habilidades sensoriales”* del WHOQOL-OLD fue la que mostraba un mayor nivel en comparación a las demás. Debido a que los adultos mayores de áreas rurales están predispuestos a trabajar hasta edades avanzadas y tienden a tener una mayor autonomía, así como también una mayor participación comunitaria y debido a que su principal fuente de ingresos son la ganadería y la industria agropecuaria presentan un nivel más alto en el la dimensión física y sensorial, a diferencia del estilo de vida de la vida urbana que tiene mayores problemas sociales y estresores, por ende los autores señalan que el área residencial de las personas juega un papel importante en relación a la CV de personas mayores que fueron evaluadas.

González-Celis (2002, como se citó en González-Celis et al., 2009) realizó la adaptación del instrumento WHOQOL-100 y WHOQOL-Bref. La autora reporta una serie de estudios para lograr su cometido para la utilización de dichos instrumentos. El primer estudio fue el que respecta al WHOQOL-100 participaron 106 ancianos

con un rango de edad de los 60 años a los 87 años de una zona urbana de clase baja del Estado de México. Se les aplicó una batería compuesta por tres instrumentos de medición: WHOQOL-100, Escala de Bienestar Subjetivo PCG y la Escala de Depresión geriátrica, así como también una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que la puntuación media de la CV fue de 61.09, siendo la más alta de 89.55 y la más baja de 40.57, reportando de esta manera que la CV de los ancianos participantes era excelente. En lo referente a su bienestar subjetivo se encontró que era en promedio 86.96 de 100 indicando que era un bienestar excelente.

Un segundo estudio realizado por González-Celis (2002, como se citó en González-Celis et al., 2009) se evaluó a 207 adultos mayores entre los 60 y 90 años que asistían regularmente a uno de los cuatro centros culturales y recreativos de la Ciudad de México. Se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF y una ficha de datos sociodemográficos, los resultados obtenidos reportan que la percepción que los participantes tienen sobre su calidad de vida es regular o buena, siendo la salud física el dominio que obtuvo menor puntuación y el 63.9% de la población reportó el padecimiento de alguna enfermedad, siendo la de mayor prevalencia las crónico-degenerativas.

Izal y Montorio (1999, como se citó en Molina et al., 2008) presumen que las personas mayores tienen un manejo más adecuado en cuanto a las enfermedades crónicas que las personas jóvenes, puesto que la experiencia que se adquiere al enfrentar situaciones que permiten desarrollar mejores habilidades de afrontamiento, esto se contradice con los resultados obtenidos por González-Celis,

debido a que las enfermedades impactan en la morbimortalidad y en la calidad de vida de los pacientes a nivel mundial, y son responsables del 72% del total de la carga de enfermedades (Strong, Mathers, Leeader & Beaglehole, 2005, como se citó en Ambriz, Menor, Campos & Cardiel, 2015). La calidad de vida presupone una valoración o percepción (bienestar subjetivo) de sus vidas que tienen las personas, que esta es individual e inmersa en un cierto contexto, en un sistema cultura y de valores, siempre en relación con indicadores objetivos (Estado de bienestar).

3 BIENESTAR SUBJETIVO

El bienestar se comienza a considerar durante la Ilustración en el siglo XIX donde el ser humano tenía un propósito para existir y estar ahí, trayendo consigo la idea de que la mejor sociedad era la que proveyera mayor felicidad a las personas que en ella habitaban, permitiendo así el establecimiento de políticas públicas que fueron determinadas como el conjunto que conforma el Estado de Bienestar, teniendo como principal objetivo la mejora de la sanidad, la educación y la disminución de la pobreza (Herrera, 2007-2008).

Los estudios realizados sobre el bienestar comenzaron a tener relevancia en la década de los años cuarenta en Estados Unidos, sin embargo, la consolidación de las investigaciones se dio a partir de los años sesenta, y no hacían referencia al bienestar sino al término felicidad (Moreno & Ximénez, 1996). Warner Wilson durante el año de 1967 estudió el término felicidad como sinónimo del bienestar, y aludió que una persona feliz es aquella que es joven, saludable, bien educada, con buen sueldo, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, con alta autoestima, moral, aspiraciones y de cualquier sexo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, como se citó en Arraga & Sánchez, 2010).

El término de felicidad comenzó a aparecer dentro del Psychological Abstract International en 1973 (Arraga & Sánchez, 2010); durante ese mismo año, se realizaron estudios dentro la unión europea y se recogieron datos referentes al bienestar subjetivo de la mayoría de los países de esta. A partir de los datos obtenidos por dichos estudios, Andrews e Inglehart (1979, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996), se dieron la tarea de demostrar que existe una similitud sustancial

en la percepción del bienestar subjetivo entre los países europeos y de Estados Unidos.

La felicidad es el primer término que adoptó el sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo, y es considerada como un estado emocional transitorio que se caracteriza por la presencia de alegría y regocijo, donde los sentimientos positivos tienen preponderancia sobre los negativos (Branburn, 1969, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Campbell, 1976, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Vinaccia & Orzoco, 2005, como se citó en González-Celis et al., 2009). El componente satisfacción refiere a la evaluación que se efectúa entre las aspiraciones o expectativas y los logros conseguidos, lo cual, da base a la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo. La doble distinción entre la satisfacción y felicidad permitiría comprender datos específicos, como el hecho que los adultos mayores tengan un sentimiento de felicidad menor que los más jóvenes, pero un sentimiento de satisfacción mayor que ellos (Campbell, Coverse & Rogers, 1976, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996). Veenhoven (1996, como se citó en Liberalesso, 2002) define la satisfacción vital como el grado que una persona le da a su calidad global de vida de forma positiva, y se compone por las condiciones externas y los procesos psicológicos internos.

Diener y Lucas (1999, como se citó en García & Concepción, 2015;) sugirieron que la felicidad, la satisfacción vital, la moral pueden englobarse dentro del bienestar subjetivo, así como también los componentes emocionales, los sentimientos de placer y displacer, y los elementos cognitivos. Por su parte, Tonon de Toscazo (2010, como se citó en García & Concepción, 2015) alude que el bienestar se basa en la valoración que la persona da sobre su situación conforme a

sus experiencias, incluyendo tanto aspectos positivos como negativos y engloba todos los elementos antes mencionados en la determinada satisfacción vital. La psicología positiva trajo consigo el interés por investigar sobre las fortalezas y virtudes humanas, sobre la vida de las personas y sociedades, así como también sobre sus rasgos personales como lo son la sensibilidad, la vocación, el amor, el perdón, los talentos y habilidades, la sabiduría, la satisfacción de la vida, la felicidad, la espiritualidad y el bienestar subjetivo (Arraga & Sánchez, 2010).

Argyle (1992, como se citó en Arraga & Sánchez, 2010) define el Bienestar Subjetivo [BS] como aquel estado psicológico que implica un elemento emocional y otro cognitivo, distribuido en todas las poblaciones sin discriminar el desarrollo de cada persona. Arraga y Sánchez (2010), basan sus investigaciones en la definición hecha por Alarcón, la cual apunta a un estado afectivo de satisfacción que las personas experimentan de manera subjetiva, y donde el BS se integra por cuatro dimensiones: (p.13)

- a) *Sentido positivo de la vida*: Considerado como un sentimiento positivo que la persona tiene hacia sí mismo y hacia la vida, tiene control sobre las situaciones y sabe enfrentar los problemas.
- b) *Satisfacción con la vida*: Es un estado de carácter subjetivo que se produce por la posesión de un bien deseado que surge a partir de una evaluación de la vida.
- c) *Realización personal*: Sentimiento que se da cuando la persona realiza o cumple sus metas y se siente en complacido y valioso.
- d) *Alegría de vivir*: Referido al sentimiento de regocijo, placer o júbilo que experimenta la persona a través de sus experiencias.

Liberalesso (2002) indica que el concepto de BS forma parte de un constructo más amplio, la Calidad de Vida. Para Lawton (como se citó en Liberalesso, 2002) el concepto presume ser la evaluación que un individuo realiza sobre los demás dominios de la Calidad de Vida, lo anterior nos permite definir al bienestar como la evaluación global, que considera valores y expectativas personas, sociales, orgánicas y psicológicas.

Veenhoven refiere el BS como el grado en que una persona juzga de manera positiva su calidad de vida como un todo, basándose en componentes afectivos y cognoscitivos. Mientras que para Diener es un concepto basado en la virtud, satisfacción con la vida y afectos positivos, donde el primero es entendido como la concepción de lo aceptable, lo deseable y lo bueno; el segundo representa la evaluación de los logros en determinados ámbitos como lo son: la familia, el trabajo la salud o bien, las relaciones sociales. Finalmente, las experiencias placenteras o predisposiciones que la persona tiene son los componentes afectivos (1984, como se citó en Liberalesso, 2002).

Bizquera (2000, como se citó en Ornelas, 2011) presume que el bienestar está compuesto por: a) el afecto positivo en tanto su frecuencia y el grado de este sea alto, b) la satisfacción ubicada dentro de un periodo de tiempo y c) la ausencia de sentimientos negativos como pudiera ser la depresión. Aunado a lo anterior se ubica a la salud como un factor que se correlaciona con los tres elementos que Bizquera señala.

El concepto ha estado bajo la lupa de diversas perspectivas que han permitido su investigación, algunas de ellas son (Herrera, 2007-2008; Liberalesso, 2002): 1. Teoría abajo-arriba versus arriba-abajo señala que la vida está compuesta por la

sumatoria de los momentos y experiencias placenteras y displacenteras, así como la predisposición de los individuos a reaccionar o vivenciar circunstancias de forma positiva y/o negativa. 2. Teorías finalistas que indican que a lo largo de la vida la persona va alcanzando nuevos peldaños o niveles para alcanzar una meta o metas que le aportaran satisfacción y bienestar. 3. Teorías de la actividad argumentan que la satisfacción radica en lo que se hace por conseguir una meta y no el resultado final. 4. Teorías cognoscitivas que se subdividen en asociativas o de juicio, donde la persona asocia hechos y situaciones, o bien comparan de manera positiva o negativa los elementos de su bienestar.

Se entiende que un estado de bienestar se produce cuando las necesidades básicas han sido cubiertas y da posibilidad de acceder a las necesidades superiores (*Ver figura 2*), ante esta perspectiva Maslow (1968, como se citó en Ornelas, 2011) refiere que “las necesidades básicas son las fisiológicas, de la salud, de seguridad, pertenencia, amor y necesidad de estima, mientras que las superiores o de autorrealización son entendidas como todas aquellas que se manifiestan en valores espirituales como la trascendencia, la vida espiritual, la perfección, el deseo de paz, justicia y orden”. (p.22)

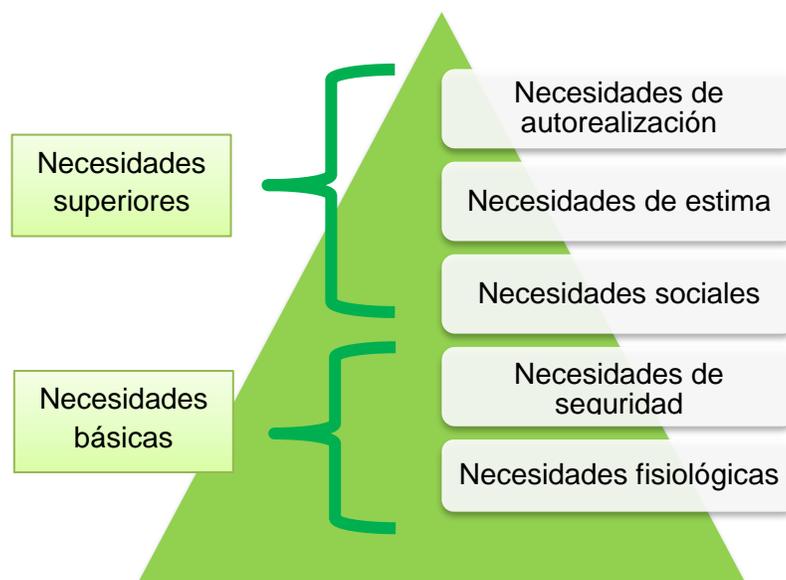


Figura 2 Pirámide motivacional de Maslow retomada del modelo de Campos, C. & Díaz-Ramírez, O. (2003). Motivación humana. Recuperado de: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.2.pdf>.

En lo que respecta al bienestar desde las necesidades básicas, la economía es un factor influyente para la percepción de un buen bienestar, partiendo así de la teoría del umbral de Bizquera (2000) retomada por Ornelas (2011), sugiere que existe una línea donde el ingreso mínimo que una persona puede tener influye de manera negativa en su felicidad cuando no existen ingresos suficientes para satisfacer dichas necesidades, sin embargo, cuando la línea del umbral supera el límite superior se deja de tener una relación con la felicidad y el bienestar.

Pullium (1974, como se citó en: Palomar, 2005) el BS es un constructo que tiene distintos componentes como el bienestar material, las relaciones familiares, la salud familiar, la educación de los hijos y variables relacionadas con la personalidad. Mientras que, Flanagan (1978, como se citó en: Palomar, 2005) afirma que el concepto se construye por quince componentes: bienestar económico, bienestar

físico y salud, relaciones personales, relaciones de pareja, amigos, actividades cívicas y sociales, políticas, desarrollo personal, conocimiento de sí mismo, trabajo, expresión personal y creatividad.

Entender que es el bienestar, es poder comprender cómo está una persona o cómo se siente la persona. El BS es el resultado de una evaluación global entre el placer y el displacer, y se compone por elementos como la felicidad o de los resultados de estados positivos y negativos, y la satisfacción vital o satisfacción de la trayectoria de vida. Diener (como se citó en Herrera, 2007-2008; Blanco & Díaz, 2005; Moreno & Ximénez, 1996) señaló que el BS tiene un carácter normativo-valorativo donde se usan criterios externos como la bondad, virtud o la felicidad, el segundo carácter que refiere a lo subjetivo- idiosincrático que se relaciona con la satisfacción de la vida, y en tercer lugar el criterio que refiere a la experiencia emocional placentera.

Mientras que el bienestar psicológico es considerado como un indicador de un funcionamiento positivo del individuo y asociado comúnmente al logro de los objetivos, entendiéndose como el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras, displacenteras y la posibilidad el desarrollar capacidades (Blanco & Díaz, 2005; Molina et al., 2008; Ryan & Deci, 2001; Ryan & Deci, 2001, como se citó en Molina et al., 2008; Salgado, Legrá, Matos, Cardero & Castillo, 2016; Villa, Triadó, Solé & Osuna, 2003, como se citó en Molina et al., 2008; Vivaldi & Barra, 2012).

Para Ryff (1989, como se citó en García & Concepción, 2015) el bienestar psicológico es el esfuerzo que una persona realiza para mejorarse y obtener un

mejor potencial. Mientras que el subjetivo engloba términos como felicidad, moral, o satisfacción vital, muestra un componente emocional o afectivo. Y un segundo componente es el cognitivo referido al juicio que la persona hace sobre su trayectoria evolutiva, denominado satisfacción vital (Diener & Lucas, 1999, como se citó en García & Concepción, 2015; George, 2010, como se citó en De Juanas, Limón & Navarro, 2013).

Diferentes autores señalan dos líneas de trabajo para el concepto de bienestar y sugieren que este se divide en dos perspectivas denominadas: hedónica y eudaemónica, y ambas forman parte de la naturaleza humana y de lo que se constituye una buena sociedad, Ryan y Deci (2001) indican que a pesar que su objeto de estudio es el bienestar relacionado con desarrollo social, pero al mismo tiempo lo hacen sobre dos aproximaciones diferentes.

3.1 Bienestar Hedónico

La perspectiva hedónica parte de los filósofos griegos, que presumían que la felicidad y el nivel máximo de placer eran la meta en la vida. Algunos autores que siguieron esta idea fue Hobbes quien argumentaba que la felicidad en la vida estaba a cargo de los apetitos humanos. Un segundo autor fue DeSade quien creía que la sensación de placer era el componente determinado para tener la felicidad. El segundo momento de esta perspectiva es cuando los investigadores señalaban que el placer se basaba en lo físico y en los intereses individuales (Ryan & Deci, 2001).

Kahneman (1999, como se citó en Ryan & Deci, 2001) definió el hedonismo como el estudio de como las experiencias y la vida son placenteras o no. El Bienestar Hedónico [BH] estudia el bienestar subjetivo y engloba la evaluación que

el individuo hace de las situaciones que se le presentan, ya sean positivas o negativas, esta perspectiva se relaciona con la felicidad y la satisfacción, y su investigación parte de la teoría abajo-arriba y arriba-abajo mencionada con anterioridad (Diener & Lucas, 1999, como se citó en Ryan & Deci, 2001; Ryan & Deci, 2001; Vivaldi & Barra, 2012).

Para Rojas (2005) BS es la felicidad de vida o satisfacción de vida, este es declarado por las personas de manera individual y se mide a través de preguntas directas; ante esto, Veenhoven (1984, como se citó en: Rojas, 2005) afirma que BS solo puede medirse utilizando este tipo de preguntas, y no debe dejarse a las especulaciones. Al ser declarado por la persona constituye hasta cierto punto, una valoración personal y única.

Diener y Suh (1997, como se citó en Reig & Garduño) la evaluación que las personas hace de sus vidas, incluyendo una dimensión cognoscitiva, que se refiere a la satisfacción en diferentes áreas de la vida, y la segunda dimensión relacionada con el aspecto afectivo. La evaluación del bienestar subjetivo se ha efectuado con diferentes tipos de escalas y medidas, sin que pueda presentarse ninguna de ellas como mejor que el resto. Autores han demostrado, pequeñas variaciones en la forma de efectuar las cuestiones que repercuten en la distribución de las respuestas. Los diferentes resultados encontrados muestran que el bienestar subjetivo en países occidentales tiende a ser alto en los últimos años de la década de los cincuenta, declinaba en los primeros de los sesenta y alcanzaba su punto de inflexión más bajo en los años setenta, para posteriormente remontar y mantenerse todos los años de los ochenta (Andrews & Robinson, 1991, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Smith, 1979, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996).

3.2 Bienestar Eudaemónico

Contrario a la perspectiva hedónica, Aristóteles consideraba que el bienestar no debía ser estudiado a partir de dicha perspectiva debió a que se consideraba como un *ideal vulgar* ya que producía que los humanos siguieran el camino del deseo y no lo que realmente importaba, y él postulaba que la verdadera felicidad estaba en expresar la virtud que era lo que valía la pena hacer. Siguiendo lo que Aristóteles presumía, Fromm (1981, como se citó en Ryan & Deci, 2002) sugiere que el bienestar óptimo se basa en distinguir entre las necesidades relacionadas al placer que son percibidas de manera subjetiva y conducen un placer momentáneo, y las necesidades objetivas que refieren a la naturaleza humana y arraizadas al crecimiento humano. Lo anterior nos sugiere que la perspectiva eudaemónica sostiene que no necesariamente todos los deseos al cumplirse producirán bienestar al lograrse.

Ryan y Deci (2001) señalan que la perspectiva eudaemónica consiste en estudiar la trascendencia de las personas, esto ocurre cuando las acciones de las personas tienen un valor y un significado más profundo. Se entiende como Bienestar Eudaemónico [BE] el estudio del bienestar psicológico que ha sido sistematizado por Ryff en su modelo multidimensional (1989, como se citó en Mella et al., 2004; Blanco & Díaz, 2005; Ryff 2008, como se citó en Vivaldi & Barra, 2012;).

- Auto aceptación: Considerado como la figura central de la salud mental, presentándose como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

- Relaciones positivas con otros: Refiere a la importancia de entablar relaciones interpersonales adecuadas con terceras personas, incluyendo la capacidad de amar.
- Autonomía: Aludiendo a la determinación de la persona, la independencia y la regulación de su conducta.
- Dominio del ambiente: Es aquella habilidad que se adquiere para elegir o crear ambientes acordes a las condiciones físicas y se considera como parte de la salud mental. Así mismo, incluye la capacidad de manipular y controlar dichos ambientes.
- Propósito en la vida: Refiere al propósito, objetivo, el significado, el sentido, dirección o intencionalidad que tiene la vida para el individuo.
- Crecimiento personal: Es el desarrollo del propio potencial, crecer y expandirse como persona, así como también desarrollar las dimensiones anteriores.

Debido al gran interés por evaluar el bienestar de las personas, como se ha mencionado con anterioridad diversos autores han realizado investigaciones al respecto. Salgado et al. (2016) fueron de los autores en indagar sobre el tema, para esto realizaron un estudio transversal de 2014-2015 donde participaron 10 ancianos de la casa de abuelos Baracoa, con el objetivo de evaluar la influencia de los factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. Se obtuvo información mediante historias clínicas individuales, observaciones, cuestionarios de apoyo social, proyectos vitales, así como de la escala de depresión y bienestar subjetivos que recoge aspectos como la autonomía, el dominio del ambiente, los propósitos en la vida, el crecimiento. Se encontró que el rango de edad

de 70-79 años presentaba mayor porcentaje, así como que en el mismo rango de edad había más mujeres. La mayoría de los participantes tenían solo la educación primaria concluida. Encontraron que el 60% de los participantes presentaban una afección en relación de enfermedades crónicas no transmisibles: el 60% presentaban hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatías 10% respectivamente y gastritis con el 20%. Observaron que el dominio de bienestar subjetivo referente a relaciones positivas y apoyo social deficiente mostraban mejor bienestar que los demás, siendo la Auto aceptación y el dominio del ambiente los que presentaban un nivel menor.

Sin embargo, Ryff (1989, como se citó en Díaz et al., 2006) desarrolló un instrumento para evaluar el bienestar psicológico denominado SPW [Scales of Psychological Well-Being] por sus siglas en inglés, o mejor conocido como Escala de Bienestar de Ryff. Dicho instrumento consta de 84 ítems en total, sin embargo, en su versión resumida solo cuenta con 39 ítems, los cuales evalúan el bienestar en 6 dimensiones mediante una escala tipo Likert en 6 niveles de respuesta para su evaluación. Díaz et al. (2006) realizaron la adaptación al español de la escala en la versión de van Dierendock, donde 467 personas participaron entre un rango de edad de los 18 a los 72 años y los resultados mostraron que la escala tenía un alfa de Cronbach adecuada, sin embargo, al realizar el análisis factorial confirmatorio el ajuste no fue satisfactorio por lo que los autores proponen agregar un segundo factor denominado bienestar psicológico para obtener mejores resultados.

De Juanas et al. (2013) realizaron un estudio ex-post-facto donde analizaron los datos obtenidos a partir de la aplicación de dos cuestionarios: un cuestionario diseñado ad hoc para identificar el bienestar de salud percibido mediante una escala

valorativa y el segundo instrumento fue la Escala de Bienestar de Ryff en su versión adaptada por Díaz et al en el 2006 (como se citó en De Juanas et al., 2013) en 328 adultos mayores de Madrid con un rango de edad de 54 a los 75 años. Los resultados arrojaron que los adultos mayores reportaban mayor nivel de bienestar subjetivo, contrastando así lo que sustentaban en un principio sus hipótesis que los jóvenes percibían mejor su bienestar, así como también el hecho de que las personas que reportaban realizar actividades físicas obtenían mejoras en su estado de ánimo y por ende en su bienestar, aunado a lo contrario los participantes que reportaban tener alguna enfermedad no influía de manera negativa en la percepción de las persona.

Tener un bienestar subjetivo adecuado implica, al igual que en la calidad de vida, la percepción que la persona tiene acerca de la felicidad y de la satisfacción, así mismo se debe tener en cuenta que el bienestar es una dimensión que, al igual que la Calidad de vida se compone de una evaluación individual que puede cambiar de acuerdo a las circunstancias, tiempo y contexto histórico y cultural.

4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus (1998, como se citó en González-Celis & Padilla, 2006) hace referencia a que las personas mayores que padecen alguna enfermedad, especialmente de carácter crónico, suelen temer a la pérdida de sus funciones mentales y físicas, a la presencia de dolor, así como, a condiciones de degeneración agudas. Al enfrentarse a situaciones que representan un desafío personal, los adultos mayores con alguna enfermedad en ocasiones pierden interés en lo que los rodea, en las actividades que solía realizar, y en algunas ocasiones pudiesen verse desinteresados por su propia salud. Ante lo anterior González-Celis y Padilla (2006) consideran que el adulto mayor enfermo debe establecer estrategias de afrontamiento eficaces para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, y la manera de afrontar dichos cambios dependerá principalmente de los recursos que el adulto mayor tenga a su alcance.

Los adultos mayores cuentan con recursos personales que son considerados como un conjunto de elementos que le dan la capacidad de afrontar situaciones particulares propias de la persona y del ambiente en el que se desarrolla. Se entiende como estrategias de afrontamiento o *coping* a las herramientas que las personas utilizan como intermediarias para realizar sus actividades de manera adecuada de acuerdo al contexto en el que se desenvuelven, se puede resumir que el *coping* como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que una persona efectúa para responder a las demandas que se le presentan, dichos esfuerzos tienen una gran importancia durante el envejecimiento y la calidad de vida de los adultos mayores y tienen estrecha relación con los valores, objetivos, creencias y compromisos que se tienen y se presentan ante situaciones aversivas (Lazarus &

Folkman, 1986, como se citó en Ornelas, 2011; Lazarus & Folkman, 1991, como se citó en: González-Celis & Padilla, 2006).

4.1 Espiritualidad

El bienestar espiritual se compone de dos dimensiones; la primera, referente a la relación individual con Dios en sentido vertical y la segunda dirigida a la satisfacción personal con la vida independiente de la religión. En México es común que uno de los recursos que utilizan las personas mayores para afrontar situaciones de la vida sea la religión (Ornelas, 2011).

Maslow en 1964 (como se citó en: García, 2006) enfatiza que la fe y las creencias que las personas tienen, no solo se generan en las instituciones de carácter religioso, por lo que presumiría que la espiritualidad juega un papel importante en la vida de las personas. Cohen y Koenig (2003, como se citó en Ornelas, 2011) han estudiado la relación que existe entre las prácticas religiosas y espirituales demostrando que tienen un beneficio para las personas respecto a su salud, empero, se debe hacer una distinción entre religiosidad y espiritualidad.

Para Montero-López y Rivera (2008, como se citó en Ornelas, 2011) religiosidad es un concepto interpretativo de la experiencia de lo divino y provee medios que facilitan que ocurra tal experiencia y posteriormente como entenderla una vez que ha ocurrido y se caracteriza por tener un componente cognitivo y el otro conductual. Meadow y Kahoe (1984, como se citó en Ornelas, 2011) sostienen que el cognitivo es el credo que disminuye la ansiedad existencial generada por el sentido de la vida; el conductual referido a las normas que pretende seguir una persona que reducen el sentimiento de culpa y por último un elemento afectivo que se relaciona con el sentimiento de finitud o

muerte. Lo anterior nos permite definir que el sentido religioso marca las reglas de comportamiento que se ajustan a las creencias y contexto social de las personas y como una práctica que se lleva a cabo dentro de una institución.

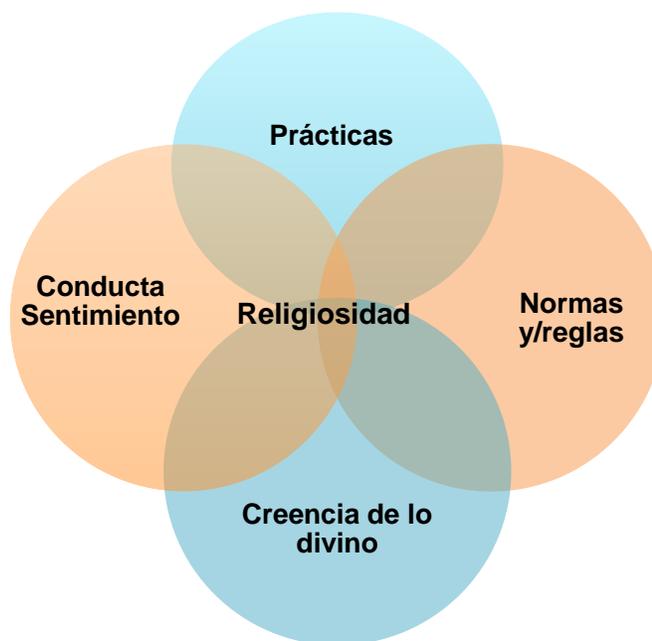


Figura 3 Representación del significado de religiosidad.

La espiritualidad es un proceso interno de las personas que se ha arraigado y experimentado a lo largo de su vida cotidiana por lo que retomando la definición de Emblem (1992, como se citó en García, 2006) debe ser entendida como “un principio de vida personal que estimula una cualidad trascendente de la relación con dios” (p.74). También se considera como un rasgo que introyecta los valores éticos y morales de la religiosidad, la fe y el compromiso existencial, y estado de comunión con lo divino, con el mundo, con la vida y con el otro (Ornelas, 2011).

Para Rivera-Ledezma y Montero-López (2008, como se citó en Ornelas, 2011) la espiritualidad “... es la mirada del Viejo, que apacible, ve y escucha los luceros

infinitos originarios de su vida, ocultos tras el ocaso, tras el brillante sol de su existencia". (p.7)

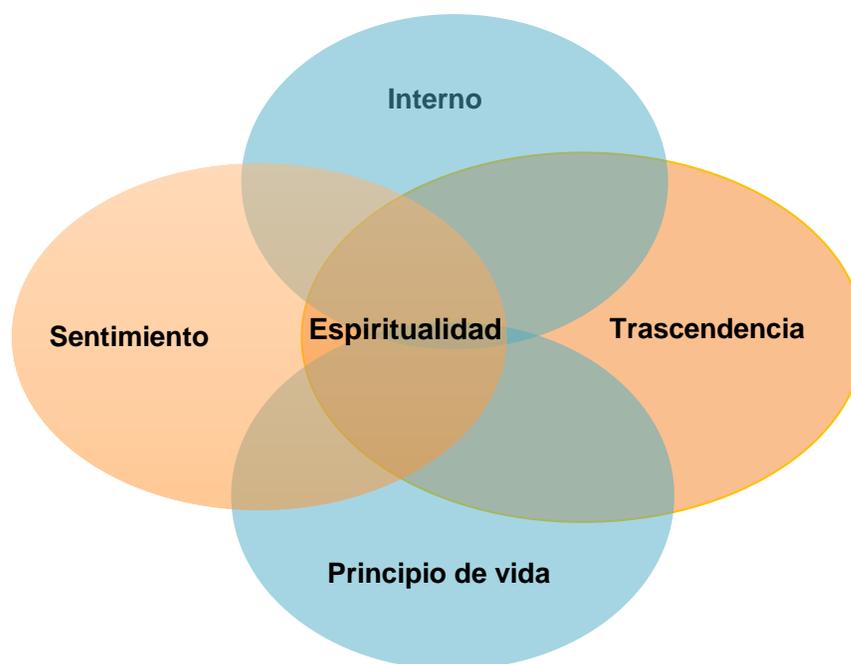


Figura 4 Representación de la definición de espiritualidad.

La perspectiva de la espiritualidad va más allá de la visión de algo divino, busca dar una explicación trascendental sobre el sentido de la vida y sobre el desarrollo de la persona como se puede observar en la *Figura 4*. Debido al incremento por el interés por estudiar la religiosidad y la espiritualidad como parte de constructos que empatizan con el cuidado de la salud, así como la búsqueda de encontrar un significado de la vida, tener fe y tranquilidad, se parte del entendimiento de la espiritualidad como una estrategia de afrontamiento que es un recursos que la personas tienen para lidiar con situaciones, generalmente negativas, por lo que es de gran importancia investigar qué papel juega la espiritualidad en la vida de las personas como herramienta para confrontar a una enfermedad crónico

degenerativa, así como también su relación con la calidad de vida y bienestar subjetivo del individuo, ya que dichas enfermedades representan un alto índice de riesgo para la salud de los mexicanos, y en específico la diabetes, que la OMS (2017) señala y afirma que ha sido la causa de 1,6 millones de muertes durante el 2015.

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Justificación

Los seres humanos están expuestos a diversas situaciones que representan un riesgo para él, su forma de vida y su salud, contraer una enfermedad capaz de terminar con la vida de las personas, era una preocupación que anteriormente la mayoría de las personas tenían, sin embargo, los cambios industriales, tecnológicos y científicos han proporcionado un estilo de vida nuevo y moderno con nuevas posibilidades de combatir las enfermedades consideradas como infecciosas y contagiosas, así como erradicar las preocupaciones que se tenían al respecto.

Debido al carácter crónico de la diabetes es importante conocer que necesidades tiene el paciente, cuál es su estado de satisfacción, cuál es el grado de equilibrio entre aquello que quiere y las implicaciones de su cambio de vida, así como sus capacidades físicas. Un componente que no puede ser ignorado en ningún momento, es el emocional o afectivo, incluye tanto los componentes positivos como los negativos que el diagnóstico trae consigo y el grado de malestar producido por los procedimientos o el progreso mismo de la enfermedad. También se debe conocer las estrategias o recursos que la persona tiene para enfrentar la enfermedad y con los cuales actuará, lo anterior tendrá un impacto en la calidad de vida que la persona lleva (Nichols, Hillier, Javor & Brown, 2000., como se citó en Salazar y Ventura de Chapal, 2007).

Diener (2006., como se citó en García & Concepción, 2015) alude que el concepto de vida es la totalidad de las áreas que componen a una persona en un momento determinado en el tiempo o el juicio que se hace respecto a la vida desde

su nacimiento, mientras que Cava y Musitu (2000, como se citó en Molina et al., 2008) afirman que mantener una salud física buena, sino también, disponer de un cierto nivel de bienestar social y psicológico, para ello es necesario conocer el aspecto cualitativo de la calidad de vida y bienestar.

Debido a que la investigación cualitativa tiene un carácter inductivo y posibilita la comprensión e interpretación de información tal y como la perciben las personas (Bartolome, 1992, como se citó en García & Concepción, 2015; Crotty, 1998, como se citó en García & Concepción, 2015; Pérez & Serrano, 2004, como se citó en García & Concepción, 2015; Strauss & Corbin, 2002, como se citó en García & Concepción, 2015) el presente trabajo retomó como base dos estudios cualitativos que utilizan dos tipos de entrevista como método de recolección de información.

El primero referente a la entrevista a profundidad, realizado por Aponte (2015) quién tenía como objetivo de analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera edad mediante la implementación de una entrevista a profundidad, y los datos obtenidos del análisis de caso único mostraron que la calidad de vida del participante tenía un nivel alto y estaba conformada por aspectos objetivos y subjetivos que la persona reportaba.

La segunda investigación realizada por García y Concepción (2015) tenían como propósito: a) identificar las dimensiones de bienestar específicas del envejecimiento, b) explorar el grado de satisfacción vital, c) analizar el bienestar en relación con las variables sociodemográficas, y d) identificar otros factores que los mayores relacionen con su bienestar y satisfacción con la vida. Utilizaron una entrevista semiestructurada donde participaron 66 personas institucionalizadas con edades de los 68 a los 90 años. Los resultados fueron analizados en torno a las 5 dimensiones

del bienestar evaluado las cuales son: vida activa, cultivar recuerdos y compartir vida, actitud positiva, y satisfacción vital (global y vida actual); y mostraron que las personas que son residentes en una institución reportan tener una satisfacción positiva, donde su bienestar es influenciado por los vínculos interpersonales, la personalidad y la actitud con la que enfrentan adversidades, así como también identificaron que las variables sociodemográficas no tiene relación con el bienestar y satisfacción.

A partir de ambos estudios se optó por realizar una entrevista semiestructurada que permitiera la estandarización o la codificación de los datos para el análisis de los mismos de manera simplificada sin perder importancia ni claridad, sin embargo, fue Aponte (2015) quien sugiere realizar una codificación del material con el propósito de categorizar, desarrollar y analizar de manera casi secuencial los datos obtenidos durante la entrevista, resumiendo los conceptos en los que se basa el marco teórico para poder realizar un análisis adecuado.

5.2 Objetivo

Con base en los antecedentes mencionados en los capítulos precedentes sobre la calidad de vida, bienestar subjetivo, estrategias de afrontamiento, el constructo de espiritualidad y su importancia en la vida de las personas, la presente investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su interacción con la enfermedad.

5.3 Metodología

5.3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un tipo de estudio N=1, donde se realizó el estudio de caso por cada participante.

5.3.2 Participantes

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de carácter intencional, donde los criterios para la participación en el presente estudio fue ser mayores de 60 años, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 y que quisieran participar en la investigación de forma voluntaria. Participaron en total 4 personas, dos mujeres y dos hombres con un rango de 61 años a 76 años provenientes del Estado de México, con un estatus social medio, y con un nivel escolar desde la primaria hasta la licenciatura.

5.3.3 Instrumentos

Se diseñó una entrevista semiestructurada de 45 preguntas (*Ver anexo 1*) con base en ítems del instrumento WHOQOL-100 en su versión validada por la Doctora Ana Luisa González-Celis Rangel (2006) el cual consta de 100 ítems y evalúa la calidad de vida en 6 dimensiones retomando ítems de la dimensión de calidad de vida y espiritualidad, ítems retomados de la Escala de Bienestar de Ryff (1989) en su versión adaptada por Díaz et al (2006) la cual evalúa el bienestar subjetivo que consta de 39 ítems, la redacción de los ítems se modificó para darles un formato de preguntas abiertas, y se diseñaron pregunta originales para la presente investigación (*Ver tabla 1*).

Tabla 1 Preguntas retomadas del WHOQOL-100 en su versión validada por González-Celis en 2006 y Escala de Ryff para el diseño de la entrevista utilizada en el presente estudio.

Pregunta de entrevista	Ítem	Instrumentos	Categoría
6. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad? ¿podría darme un ejemplo?	F10.1 ¿En qué medida es capaz de desarrollar sus actividades diarias? F.2 ¿En qué medida tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?	WHOQOL-100	Calidad de vida (CV)
8. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?	G 1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	WHOQOL-100	CV
9. ¿De qué depende su calidad de vida?	F11. ¿Qué tanto necesita de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?	WHOQOL-100	CV
10. De los siguientes tópicos ¿De cuáles depende su calidad de vida, y por qué? Estilo de vida, estatus social, actividades de la vida cotidiana, salud y uso de medicamentos.	F11.4 ¿En qué medida depende su calidad de vida del uso de medicamentos o de atención médica? F18. ¿En qué medida tiene dificultades económicas?		

F11.1 ¿Cuánto depende de los medicamentos?				
11. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud? De 0 a 10, ¿Qué puntuación le daría?	G4. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	WHOQOL-100		CV
12. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?	G3. ¿En general, qué tan satisfecho está con su vida?	WHOQOL-100		CV
13. ¿Usted diría que disfruta su vida?	F4.1 ¿Cuánto disfruta usted la vida?	WHOQOL-100		Bienestar Subjetivo (BS)
12. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?	1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	Escala de Bienestar de Ryff		BS
15. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto? ¿Por qué?				
14. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?	25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	Escala de Bienestar de Ryff		BS

16. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?	F17.1 ¿Qué tan comfortable es el lugar donde vive?	WHOQOL-100	BS
17. ¿Qué es la felicidad para usted?	-	-	BS
18. ¿Se considera una persona feliz? ¿Por qué?	39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	Escala de Bienestar de Ryff	BS
19. ¿Cómo se siente respecto a su familia?	11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	Escala de Bienestar subjetivo de Ryff	BS
20. ¿Cómo es la convivencia en su casa?			
21. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?	8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	Escala de Bienestar subjetivo de Ryff	BS
	26. No he experimentado muchas relaciones		

	cercanas y de confianza.		
22. ¿Se siente solo/a? Por ejemplo.	2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	Escala de Bienestar de Ryff	BS
23. ¿Se siente útil en su vida diaria?	-	-	BS
24. ¿Qué le produce placer o alegría?	18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	Escala de Bienestar subjetivo de Ryff	BS
25. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?	-	-	BS
26. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?	-	-	BS
27. ¿Se siente satisfecho con su economía? Del 0 a	F18.2 ¿En qué medida	WHOQOL-100	BS

10	¿Qué dificultades económicas?			
28.	¿Se considera una persona exitosa?	37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	Escala de bienestar Ryff	BS
29.	¿Para usted qué significa la frase "habiendo salud lo demás es ganancia"?	-	-	BS
30.	¿Qué sentido tiene la vida para usted?	-	-	Espiritualidad
31.	¿Para usted que es la vida?	-	-	Espiritualidad
32.	¿Para usted qué tan relevante es la vida?	-	-	Espiritualidad
33.	¿Qué valores son importantes para usted en la vida?	-	-	Espiritualidad
34.	¿Cómo percibe usted el mundo?	-	-	Espiritualidad
35.	¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?	-	-	Espiritualidad/ Religiosidad

36. ¿Para usted que es la espiritualidad?	-	-	Espiritualidad
37. ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?	-	-	Espiritualidad
38. ¿Se considera una persona espiritual?	-	-	Espiritualidad
39. ¿Qué es la fe para usted?	-	-	Religiosidad
40. ¿A qué le tiene fe?	-	-	Religiosidad
41. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?	F.24.1 medida creencias personales dan sentido a su vida?	¿En qué sus creencias personales dan sentido a su vida?	WHOQOL- 100 Espiritualidad/ Religiosidad
42. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?	F24.3 medida creencias personales, le dan fuerza para enfrentar las dificultades?	¿En qué sus creencias personales, le dan fuerza para enfrentar las dificultades?	WHOQOL- 100 Espiritualidad
43. ¿Cuándo tiene una dificultad cómo la enfrenta?	-	-	Espiritualidad

44. ¿En qué forma sus creencias personales le han ayudado a entender las dificultades de la vida diaria? Por ejemplo	-	-	Espiritualidad/ Religiosidad
--	---	---	---------------------------------

Nota: (-) Refiere a una pregunta original del presente estudio.

5.3.4 Procedimiento

Inicialmente se diseñó una entrevista semiestructurada con 15 preguntas basadas en el WHOQOL-100 y con base en la Escala de Bienestar de Ryff, se sometió a una revisión exhaustiva para descartar preguntas o en su defecto, agregar más preguntas; el instrumento finalmente consistió en 45 preguntas.

Posteriormente se invitó a participar a las personas de forma voluntaria, se les explicó de manera clara y detallada el objetivo de la investigación, así mismo se les entregó el consentimiento informado para que lo leyeran y firmaran, en el cual se especificaba que accedían a la participación y autorizaban la grabación en formato audio la entrevista.

Se estableció un horario y una fecha para que se llevará a cabo la entrevista semiestructurada, misma que se realizó en los domicilios de los participantes con una duración de 30 minutos como máximo, solo un caso excedió el tiempo establecido. Algunos participantes tardaban en responder a las preguntas por lo que se les repetía la pregunta, y en algunas preguntas se les replanteo la pregunta para su mejor entendimiento. Una vez concluidas las entrevistas, se realizó la transcripción literal de las mismas.

El análisis de los resultados, para ello se definieron operacionalmente las variables (*Ver tabla 2*) y a partir del discurso dado por los participantes se hicieron categorías sobre su valoración y percepción del BS, CV y espiritualidad como estrategia de afrontamiento, así como también niveles de respuesta con base en los discursos de los participantes.

Tabla 2 *Definición operacional de los conceptos Calidad de Vida, Bienestar Subjetivo y Espiritualidad*

Concepto	Definición operacional
Calidad de Vida [CV]	<p>Cuando la persona menciona o habla sobre su situación económica, su estilo de vida, la condición de su salud, sobre su vivienda, su satisfacción personal, sus expectativas sobre la vida o su persona, su entorno. Cuando le da un valor o una etiqueta positiva o negativa a su calidad de vida.</p>
Bienestar Subjetivo [BS]	<p>Mencionar, decir o hablar sobre los deseos o metas logrados, satisfacción con sus logros, su nivel socioeconómico o nivel de ingresos; cosas que le producen placer o displacer; dar un valor de “bien”, “mal”, “bueno” o “malo” cuando habla sobre sus relaciones interpersonales, a su salud, educación, a sus experiencias personales, a su estado social y emocional, y tener un significado, sentido o valor en su vida. Declarar sentirse bien, satisfecho o feliz consigo mismo, con su vida, trabajo, familia o con sus actividades y su desarrollo personal.</p>
Espiritualidad	<p>Mencionar, articular, decir o hablar sobre “creer”, “tener fe”, “rezar”, “relación con Dios”, “yo creo”, “yo pienso”, “yo tengo fe”; normas o reglas que sigue en su vida, valores éticos o morales que la persona usa y valora; declarar un modo de vida determinado. Acciones que realizó o realiza para solucionar adversidades, o hablar sobre ejemplos de su fe, creencias, experiencias.</p> <p>Definir qué es ser espiritual.</p>

6 RESULTADOS

6.1 Análisis de resultados

El análisis de los resultados se realizó a partir de la propuesta realizada por Aponte (2015), la cual consiste en categorizar y organizar la información de manera casi secuencial, para fines del presente trabajo se utilizó la conceptualización operacional de las variables (Ver tabla 1). Para identificar a los participantes durante su ficha de identificación se les asignó un *folio* compuesto por las iniciales de sus nombre, género y edad.

Participante SGHM67

Diabetes diagnosticada hace 33 años, refiere no haber cambiado su estilo de vida tras su diagnóstico, sin embargo, se contradice posteriormente al declarar que no puede recorrer grandes distancias en la actualidad.

“...No, no definitivamente no, he tratado de llevarla... la enfermedad y la verdad no he cambiado mi forma de vivir, siempre pues no me ha dado fuerte a mi diabetes es muy ligera ni muy fuerte, ya ni tomo medicamento” (Anexo 2, 6:1).¹

Padece más de una enfermedad crónica (Arritmia cardiaca, hipertensión, ácido úrico, y diabetes). El participante presume no haber modificado sus actividades de la vida cotidiana, pero la manera en que menciona que ya no toma medicamentos y que le cuesta moverse nos pudiera indicar que las enfermedades

¹ *Nota:* Cuando en el presente texto aparece (Anexo #, Pregunta: Párrafo), refiere a información extraída de la entrevista y puede ser consultada en el anexo correspondiente.

que el mismo reporta padecer, han disminuido su funcionalidad y su capacidad de traslado.

En lo que respecta a su CV reporta lo siguiente: *“que tenga uno, una vida confortable, la verdad a veces sin ningún tipo de sobresalto, tener buenas y no malas relaciones con la gente, tener ningún tipo de problemas ni buscárselos, es lo que considero que es calidad de vida, tener un buen nivel para poder salir adelante con lo que tienes y aprovechar las oportunidades que te da vida”* (Anexo 2, 7:1). La CV que reporta tiende a estar conformada por más elementos objetivos que subjetivos como se puede apreciar en la *Figura 5*. Sin embargo, esto se contradice cuando menciona que su calidad de vida depende de sus seres allegados, y que él no tiene fuerte la enfermedad, además de sentirse satisfecho con su salud actual, pero se puede deducir que la enfermedad no ha cambiado ni influido de manera negativa en la perspectiva que el participante tiene sobre sí mismo, a pesar de que su movilidad se ha visto afectada por sus enfermedades la calidad de vida que reporta es buena. Para él estatus social, y el estilo de vida son conceptos alejados de cómo percibe su CV y estos no tienen relación alguna con ella.

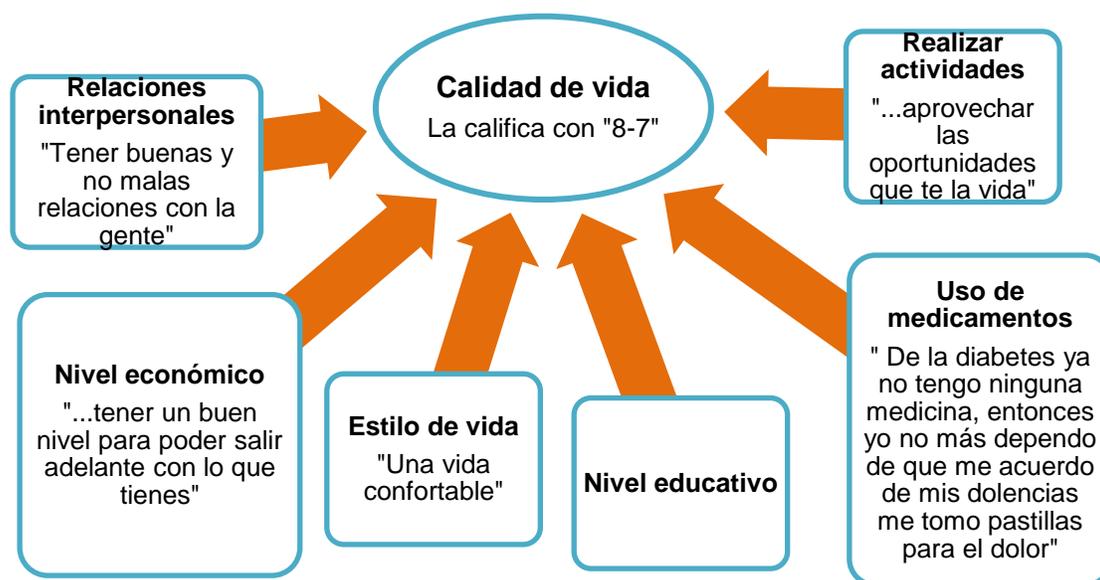


Figura 5 Percepción del participante SGHM67 sobre calidad de vida.

Sobre su bienestar subjetivo, declara que su satisfacción no existe en primera instancia esto puede ser observado cuando dice *"Pues no estoy satisfecho con mi vida actual al 100% no tengo lo que yo deseo, o sea yo sé varias cosas, pero cuando baja el trabajo y la forma de... de moverse en la sociedad muchas veces te relegan"*, un segundo momento que denota la insatisfacción que siente *"Un poco frustrado porque mis hijas no terminaron la escuela que yo hubiera querido"* (Anexo 2, 13:1). Cuando habla sobre los logros en su vida, se puede observar que su discurso se mantiene en la misma línea de insatisfacción e indicando que su percepción de bienestar se inclina por la estabilidad económica y social, y aún sigue en búsqueda de trascender como profesional y obtener un trabajo en sus palabras significa que al conseguirlo se consideraría una persona feliz *"que teniendo un buen trabajo pues ya me consideraría feliz conmigo mismo y con mi familia"* (Anexo 2, 15:1), empero

la teoría señala que no necesariamente al conseguir ese trabajo esperado se logre el sentimiento de plenitud total, y a lo largo de su discurso sobre éxito y logros de la vida menciona en varias ocasiones que el buen trabajo no le ha llegado ni el trabajo de sus sueños debido a que no tiene suerte para ello.

En lo que respecta a como se desenvuelve en su ambiente, él reporta ser una persona sociable, la cual no tiene ningún enemigo y que sabe identificar y controlar las interacciones que tiene con otras personas “... *yo con él que me junto todo platico y si veo que no le parece mi amistad me retiró mejor...*” (Anexo 2, 18:1), pero cuando se indaga sobre sus relaciones familiares se denota que es un ambiente un tanto negativo para él, debido a constantes roces con su yerno y su hija, y señala que él se siente pleno cuando ve a sus hermanos o a su nieta por las mañanas, así como también sentirse útil para ayudar a personas que acuden para solicitarle algún tipo de ayuda.

La *Figura 6* nos permite observar de manera general los elementos que componen la percepción del participante sobre su bienestar subjetivo, lo cual nos indicaría que se conforma por elementos positivos y elementos negativos que se reflejan como deseos o metas que la persona aún no ha logrado culminar y son motivadores para seguir trabajando para satisfacer todas sus metas y lograr un bienestar mejor.

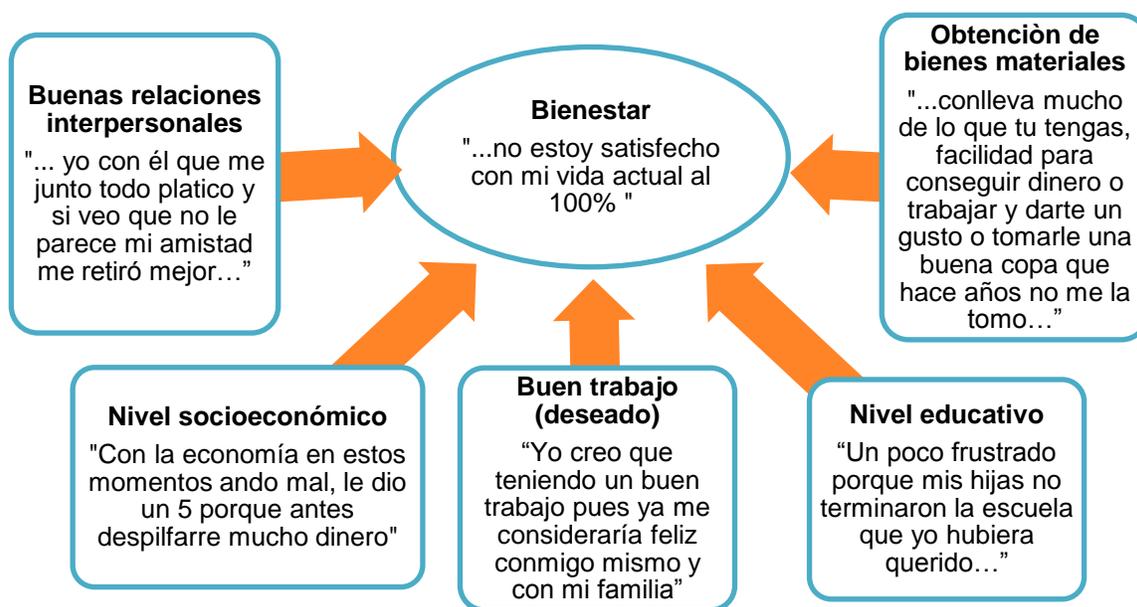


Figura 6 Percepción del participante SGHM67 sobre bienestar.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, comienza señalando que carece de ellas para solucionar cuestiones difíciles *"vez yo no supe manejar bien las situaciones difíciles..."* (Anexo 2, 29:1), refiere que tiene predisposición ante las situaciones que se le presentan como proveedor de seguridad y bienestar a su familia.

Se coloca ante el mundo como una persona sabia con muchas experiencias que sigue luchando contra la vida y las situaciones adversas. Para él la espiritualidad es sinónimo de religión y alude que gracias a Dios muchas de sus dificultades se han resuelto de manera adecuada, sin embargo, cuando se le preguntó sobre que era la fe, el menciona que es la forma de llevar las cosas con ganas de hacer las cosas porque tiene que hacer eso y porque va a hacer tu recompensa en el transcurso de los años y de la vida sugiriendo una visión más motivacional que

religiosa. Siguiendo con la definición que hace el participante sobre la espiritualidad las prácticas religiosas juegan un papel importante para él y su manera en que percibe el mundo, dando como resultado una definición que se conforma por los elementos que se pueden observar en la *Figura 7* mostrando que la espiritualidad para el participante es una combinación entre vivir con valores y ser analítico ante las situaciones sin dejar de lado el carácter religioso que para él tiene la espiritualidad.



Figura 7 Percepción el participante SGHM67 sobre la espiritualidad.

Por otra parte, las prácticas religiosas que el participante realiza y su concepto de espiritualidad se encuentran estrechamente relacionados como se ha hecho mención, sin embargo se debe señalar que durante su discurso se contradice al no percibirse como una persona religiosa pero mientras transcurre la entrevista se pueden detectar prácticas religiosas que ha realizado para afrontar situaciones, afirmando con ello que su percepción de espiritualidad no puede ser separada del religioso, aunque en un principio él declaró no ser una persona religiosa, la *Figura 8*

muestra el concepto global de la religiosidad que el paciente tiene, donde se pueden identificar cuatro características que la construyen, las cuales se obtuvieron a partir de las respuestas del participante.

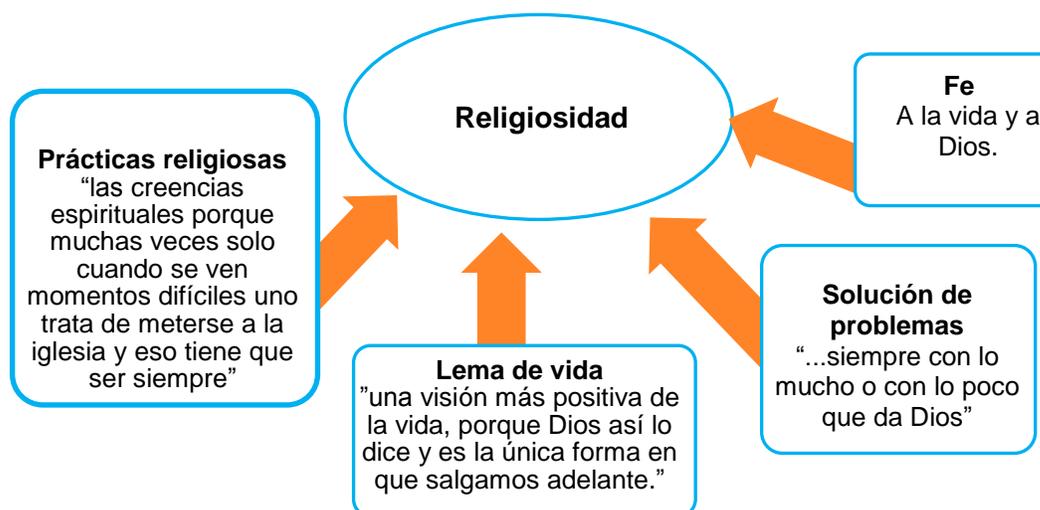


Figura 8 Percepción el participante SGHM67 sobre la religiosidad.

El participante en general señala que su calidad de vida es buena mientras no tenga que tomarse sus medicamentos, tener buenas relaciones sociales con los demás, y en repetidas menciones sobre su inconformidad sobre algunos aspectos de su vida ya que declara que pudo haber sido mejor, lo anterior supondrían que su bienestar subjetivo se ve influenciado en gran medida por los aspectos económicos y sociales de su contexto social y de su misma vida, así como también el incumplimiento de sus metas personales reflejan un aspecto negativo en la forma que él se expresa, sin embargo, al hablar de su calidad se puede comprender que el participante tiene una percepción buena sobre ella, a pesar, de que su estado físico biológico se ha deteriorado por el progreso de las enfermedades que padece y han comprometido sus actividades cotidianas. Así mismo, se observa que sus

estrategias de afrontamiento ante las diferentes situaciones de su vida se ven más enfocada en acciones y un pensamiento lógico sobre las alternativas que existen ante distintas situaciones que reporta como negativas para él.

Participante FJALM65

Diagnosticado con Diabetes desde hace 7-8 años e hígado graso desde hace 5 años. Su diagnóstico fue a partir de un desvanecimiento que le ocurrió en la calle. Relata que su funcionalidad ha disminuido desde que padece diabetes *“Ha cambiado en el aspecto en el que ya no rindo igual que antes. Ya me siento bien cansado, trabajo 5-6 horas y me siento bien cansado... y me gusta dormir mucho, pero duermo por muchas pausas”*, *“No, ha bajado mi rendimiento nada más”* (Anexo 3), declarando con ello que su enfermedad no ha influido de manera drástica en las actividades que realizaba antes y ni en las actuales.

Considera que CV es el resultado de estar sano y percibe su CV como normal *“Porque me alimento más o menos bien, y estoy... Dentro de mí enfermedad me siento regular no me siento mal”* (Anexo 2, 8:1), también indica que está depende de que él tome sus medicamentos, realice actividades normales, aunque estas le causen un cansancio mayor, y menciona que él tendría una mejor CV si *“Si yo tuviera más fuerza tendría mejor calidad de vida y más dinero”* *“Sí, porque que si yo estuviera al 100 por ciento tendría mejor calidad de vida”* (Anexo 2, 10:4). Algo que se debe rescatar es que el participante considera que su edad también influye para que su CV no sea mejor, pero que se siente bien con ella y que comprende que es un proceso que es parte de envejecer, y como resultado de su percepción la *Figura 9* permite observar los elementos principales que se extrajeron del discurso del

participante. Los elementos que se identificaron se pueden definir como elementos objetivos de la CV.



Figura 9 Percepción del participante FJALM65 sobre calidad de vida.

Mientras que su BS se conforma con elementos objetivos y subjetivos propios de las visiones eudaemónica y hedónica (Ver figura 10), considera que sentirse feliz es no tener problemas y poder satisfacer sus necesidades básicas, sin embargo, hay ocasiones que se siente solo y decaído, pero le alegra terminar sus trabajos óptimamente y ver los logros que su hija obtiene. Reporta sentirse muy bien debido a que a pesar de que su edad es un factor negativo para otras personas, para él sentirse mejor que otros, lo motiva y que le permite disfrutar su vida. Se siente feliz respecto a los logros que ha tenido tanto en lo económico como en lo familiar "Sí, por ejemplo, Logros en mi vida tener mi propiedad, tener mis autos, vivir más o menos, o sea, no padeciendo nada, esos son logros de mi vida, aparte de ver

realizada a mi hija, ese es un logro" (Anexo 3, 14:1); ante esto se siente una persona exitosa que no ha tenido tantos fracasos en su vida. Respecto a su interacción con otras personas reporta tener una buena relación familiar, vecinal, lo que indica que la manera en que se desenvuelve y mantiene sus actividades se refleja en sus relaciones y en cómo evalúa su bienestar.

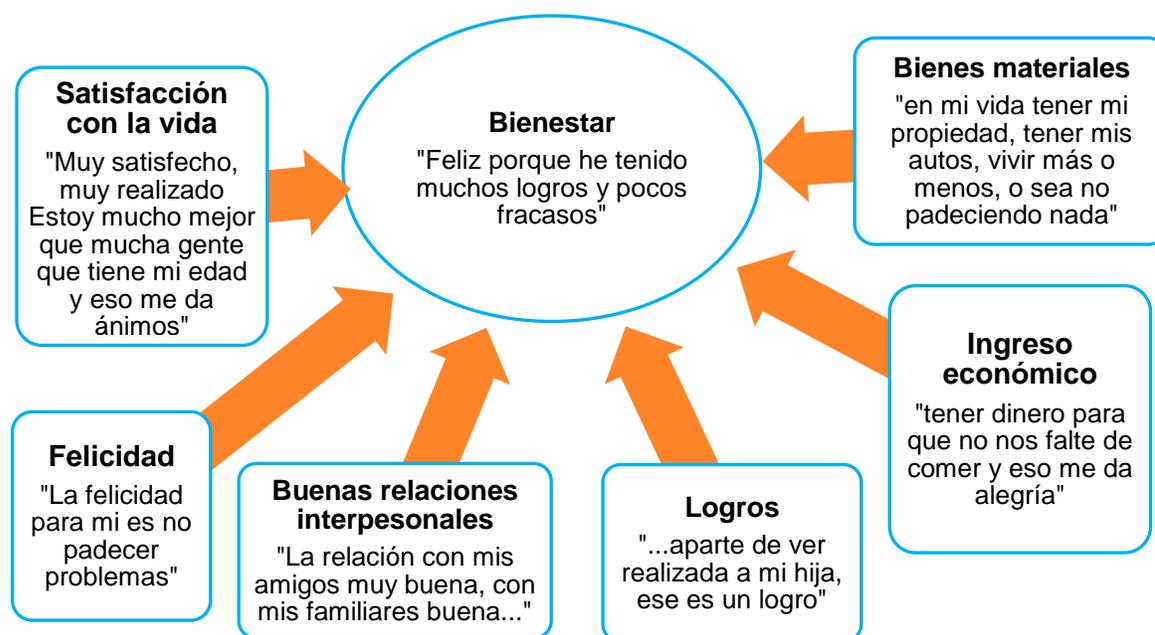


Figura 10 Percepción del participante FJALM65 sobre bienestar.

En lo cuanto a la espiritualidad la *Figura 11* permite observar de manera general como es que el participante percibe la espiritualidad y que uso le ha dado. Su concepción de la vida ha cambiado con el tiempo, el reporta que cuando era joven tenía una visión diferente de la vida; *"lo que yopensaba de joven era tener un hogar, formar una familia, tener mi auto, ahora en la actualidad quiero conservar a mi familia y conservar lo poquito que logre con tantos años de trabajo"* (Anexo 3, 30:1). Ahora

considera que la vida es que los hijos y el como persona se superen para lograr metas y objetivos.

El percibe el mundo como un caos donde es necesario tener valores humanos y sobre todo respetarse los unos a los otros. Considera que la espiritualidad no es algo que le interese, él la define como *“pues un espíritu que se encuentre dentro de uno. No tengo ni idea, pero pienso que puede ser un espíritu en una persona”* (Anexo 2, 36:1), se puede deducir que hace referencia a un sentido de vida, y en esta concepción de ser un ser con espíritu él presume ser una persona espiritual.

Alude que la fe solo se puede tener a las personas y que las situaciones adversas deben enfrentarse con recursos personales y en ocasiones con la ayuda de otras personas *“pues trato de combatirla, pues así es una forma de enfrentarla y casi siempre la he resultado y otras necesito ayuda de otras personas. Lo soluciono con trabajo y esfuerzo”*. Esto indica que para el participante la espiritualidad no es una práctica que se realiza en una institución religiosa y que no es un medio para solucionar dificultades en su vida diaria, separando así la religiosidad de la espiritualidad.



Figura 11 Percepción el participante FJALM65 sobre la espiritualidad.

De acuerdo con lo reportado por el participante, se entiende que la manera de afrontar las situaciones que ha tenido a lo largo de su vida están más enfocadas a los resultados y a tomar acciones en ellas para que todo salga bien; en lo que respecta a su bienestar subjetivo él menciona que los aspectos objetivos y socioeconómicos influyen en que él se sienta bien, a pesar de que su enfermedad le impide hacer más actividades de las que solía hacer en el pasado, y que en la actualidad su bienestar y su calidad de vida se ven influenciadas por sus acciones y por las acciones de sus allegados y personas de su entorno. Su enfermedad represento un cambio en su estilo de vida, y a pesar de las complicaciones del progreso de estas ha tratado de mantener el estilo lo más parecido al tiempo antes de ser diagnosticado y entrar en un tratamiento, que actualmente lo mantiene dependiente para poder sentirse en plenitud.

Participante VLMF65

Diagnosticada con diabetes desde hace 22 años, la participante reporta que, a partir de un desmayo en casa de su hijo fue que se le diagnóstico, así mismo señala que la enfermedad le provocó un cambio drástico en su vida y buscó el apoyo de profesionales y de su familia para poder sobrellevar la enfermedad y el diagnóstico debido *“a que me entro depresión, me sentía mal, sentía que la enfermedad me iba a acabar”*. Reporta que el apoyo familiar fungió como la motivación que la ayudó a superar los sentimientos negativos tras su diagnóstico, presume que en la actualidad es una mujer más activa que antes, que le gusta andar en sus palabras *“De pata de perro”*.

La participante percibe la CV como aquella que se conforma por el cariño que se tiene hacia sí mismo, tener una buena alimentación, ser activa, buen estilo de vida, y tener un régimen en el consumo de sus medicamentos (*Ver figura 12*). Ella declara *“quererme, apapacharme, convivir con mi enfermedad, estar tranquila conmigo misma, comer bien, este... dieta nunca he llevado, yo te como un poquito de todo dentro de lo que es mi enfermedad, te como de todo un poquito como vieras, este... me voy a fiestas, me encanta echarme mis cubillas yo siento que es una calidad de vida para mí, que estoy hablando para mí que me he acostumbrado a la enfermedad”* y reporta que debido a que no lleva un régimen estricto para que su calidad de vida sea excelente, ella se siente bien y considera que el estilo de vida si no es óptimo provoca decaídas en la salud y el bienestar, el estatus social, las actividades de la casa como lavar o atender su negocio contribuyen a mejorar la CV como se puede observar en *la figura 12*.

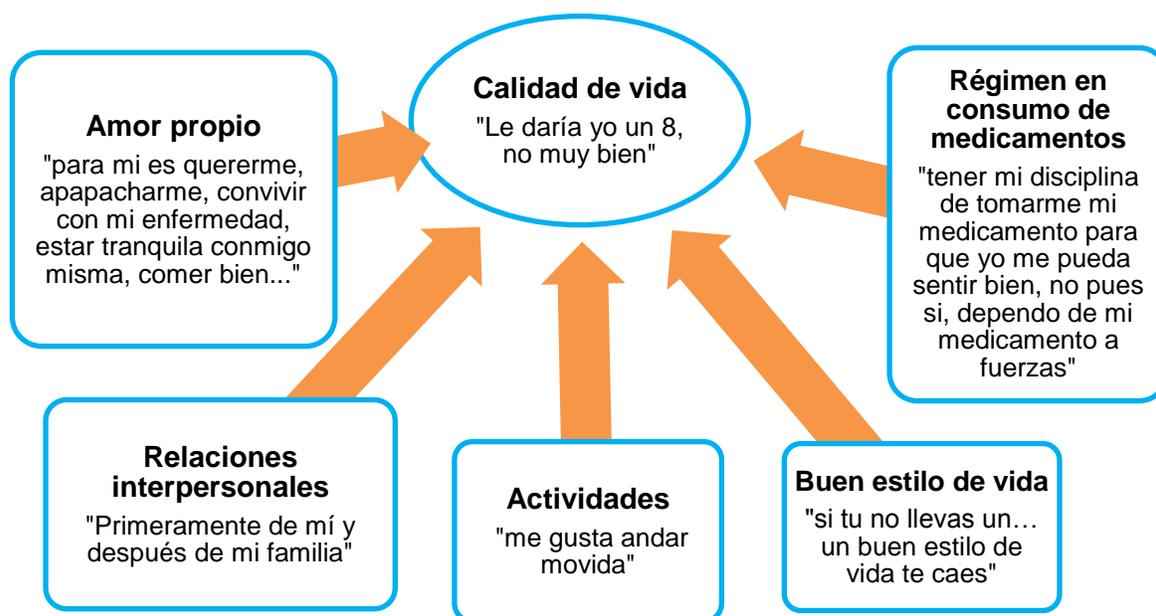


Figura 12. Percepción del participante VLMF65 sobre calidad de vida.

En lo concierne al BS, la participante señala ser una persona feliz, que tiene momentos de soledad y decaimiento cuando analiza el hecho de no tener una pareja con quién convivir, sin embargo, tener a sus hijos y a su hermanos unidos le produce alegría a pesar de que fue a raíz de su diagnóstico *"Si, si fijate que ahora que... que este, desde que me dijeron que yo tenía la azúcar y eso, tuve un logro muy bueno para mí, que mis hijos se unieran más fijate, ese es un buen logro, aunque sea por la enfermedad, pero bien unidos, eso es un logro. Otro logro es que tengo también unidos a mis hermanos conmigo misma, que antes uno por allá y otro por acá"* y se siente orgullosa de su familia y de cómo es la convivencia en su casa.

Ella refiere no sentirse una persona mayor, por el contrario, considera que las personas al llamarte adulto mayor te hacen sentir con más edad de la real “*Que significa adulto mayor, antes decían que los adultos ya están grandes de 60 años no se llamaban adulto mayor, ah cabrón como que ya te hacen sentir viejita, pero yo no me siento viejita*” y alude que es una mujer exitosa.

A partir de las declaraciones que la participante realiza como se muestra en la *Figura 13*, el BS está compuesto por aspectos más subjetivos que objetivos, dándole preponderancia a las relaciones con otros.

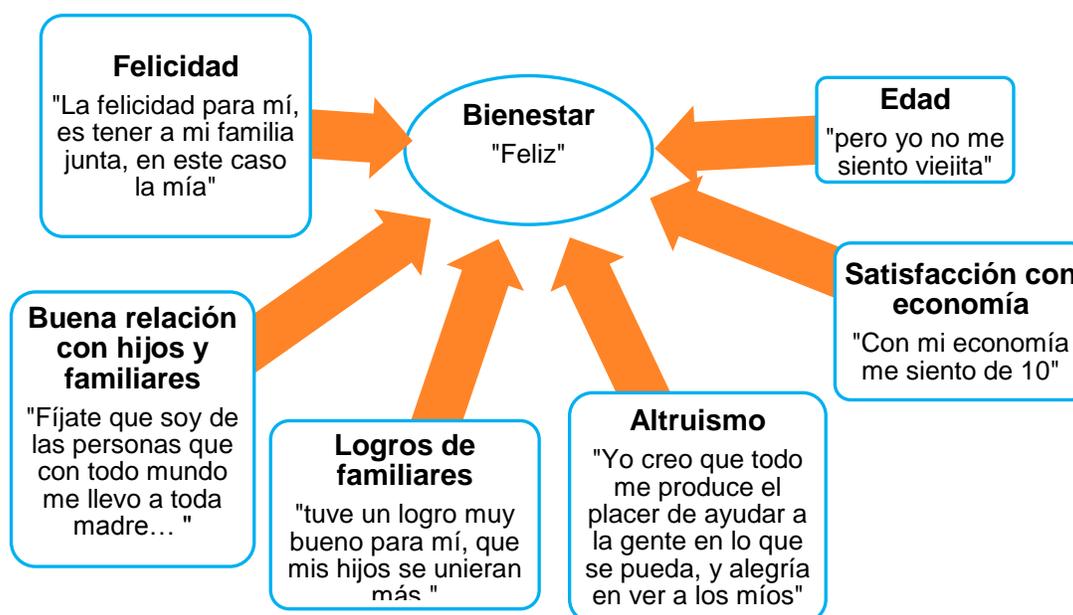


Figura 13 Percepción del participante VLMF65 sobre bienestar.

Mientras que en la *Figura 14* se puede observar de manera global los elementos que componen la espiritualidad de la participante y como es entendida por ella. La participante alude que la vida es “*alegría amor, paz, tranquilidad, yo te dije armonía, fortaleza, que también te voy a decir que ahora si llegan enojos... como se llaman - Dificultades- dificultades, la vida.*” Pero para ella vivir es de gran relevancia siempre

y cuando tengas valores como *“son primero de cuentas el respeto, el este... el respeto, el... transmitir tranquilidad, transmitir alegría, bienestar”* para entablar relaciones optimas en un mundo que ella menciona *“esta de cabeza”*.

Ser espiritual es ser una persona que trasmite sentimientos positivos a los que la rodean, sin embargo, cuando se hace mención de la diferencia entre religiosidad y espiritualidad menciona que no existe ninguna diferencia *“son lo mismo”*. También menciona que la fe solo está ubicada para Dios y el contacto directo que tienes de manera individual con él, en lo que respecta a sus estrategias de afrontamiento menciona que su fe le ha ayudado a solventar adversidades cuando se le pregunto *¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades? “Si, mis creencias, mi fe más que nada, mi fe una vez que cayó en la cárcel uno de mis hijos ore por mi fe y salió, más no te puedo decir”*, y referente a la enfermedad, como se mencionó en el apartado sobre su salud, ella refiere que su fe y el apoyo de su familia le han ayudado para enfrentar los obstáculos y situaciones negativas de la vida y su enfermedad.



Figura 14 Percepción el participante VLMF65 sobre la espiritualidad.

La participante se presume como una mujer que afronta las adversidades de su vida con la espiritualidad, que cobra significancia a través de sus prácticas religiosas y del apoyo que brinda a otros o que otros le brindan a ella, así como también en la manera en que ella percibe el mundo y que su enfermedad a pesar de ser degenerativa ,ella encontró el aspecto positivo al unir de nuevo a su familia y en la manera en que sus relaciones interpersonales mejoraron, debido que ahora disfruta más la vida y las actividades que realiza, aunque estás sean rutinarias para ella representan un logro y una manera de vida agradable, por lo que su bienestar reportado se denota bueno y concorde con las acciones y discurso que proporciona.

Participante SVPF76

Diagnosticada con diabetes desde hace 32 años, sin embargo, la sintomatología no comenzó a aparecer hasta hace 7 años. Su hija la llevo a hacerse pruebas tras estar con malestares y mareos mientras hacia sus actividades cotidianas del hogar. Indica que su vida ha cambiado de gran manera, *“Pues si, como no, han cambiado muchas cosas de mi vida, desde la alimentación hasta otras cosas como más enfermedades, que me duelen los pies, que tengo que tomar medicinas y aplicarme la insulina, también me afecto mucho de la vista y ahorita solo veo con un ojo y eso muy poco, las cosas si cambiaron.”* *“edad las cosas cambian, ya no puedo caminar bien, ya no vedo, ya no cocino, ya de que uno está “viejito” pues ya no es lo mismo y todo se vuelve diferente como no.”*

En lo que respecta a la CV la participante declara aspectos relevantes sobre su estilo de vida como se puede observar en la *Figura 15*. Menciona que la alimentación y el estilo de vida ya no es el mismo, *“A pues si, como no, como bien dirían por ahí con dinero baila el perro, yo creo que si tuviera más dinero tal vez estaría mejor o no sé, las cosas que comemos ahora ya no son como las de antes, ya son más químicos, más feo todo”*, esto indicaría que debido a que es la participante con mayor edad se puede apreciar el cambio en la manera en que la sociedad se ha desarrollado en la vida moderna y en el estado moderno, así como también las actividades que ahora se desempeñan están enfocadas a la producción y obtención de un beneficio económico.

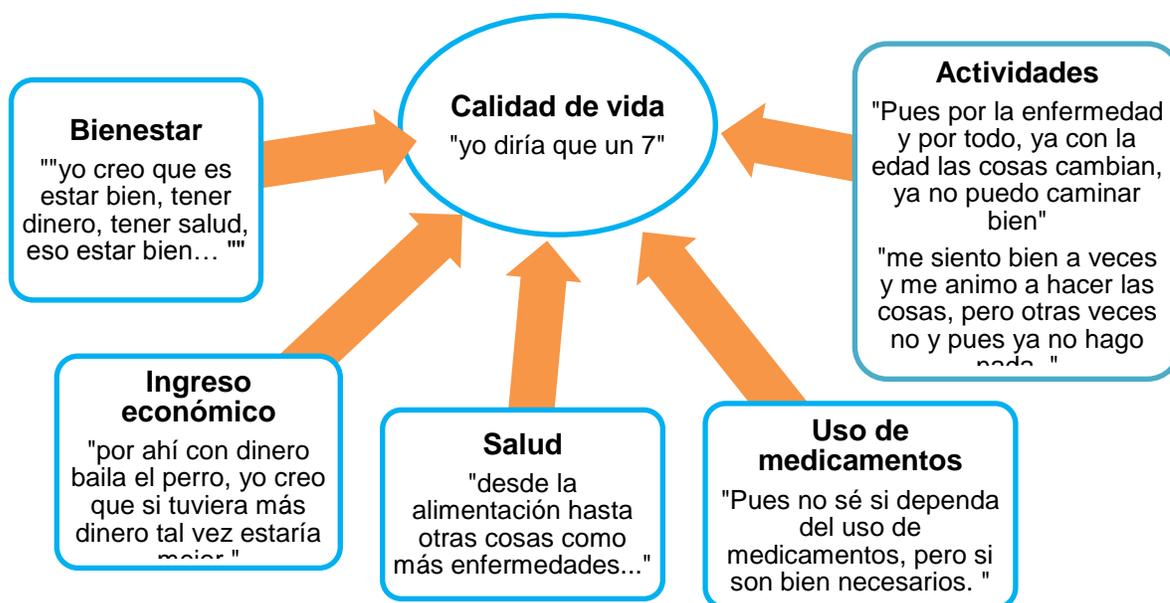


Figura 15 Percepción del participante SVPF76 sobre calidad de vida.

Ella reporta que su enfermedad en ocasiones le produce no querer realizar nada y que si se sintiera mejor, sin depender de los medicamentos, porque ella considera que no son necesarios para tener una buena CV, sin embargo, se contradice lo que indica debido a que posteriormente menciona que sin medicamentos no se siente bien. Menciona elementos tanto objetivos como subjetivos en la manera en que percibe su calidad de vida.

El BS reportado por la participante se puede observar en la *Figura 16*, donde se encuentran elementos relacionados con el aspecto subjetivo del bienestar, así como también indicando la influencia de las relaciones interpersonales que la participante establece. Se siente feliz con lo que tiene, sin embargo, considera que también debe sentirse feliz con lo que no tiene, porque se considera una persona que ha logrado tener lo que se propuso referente a la familia, y se puede notar un sentido de comodidad cuando menciona "Ya es lo que hay" ¿Qué le produce placer

o alegría? Pues nada en especial, yo creo que ver a mis hijos". Las relaciones interpersonales que establece, en particular con su esposo es poco agradable "Pues con mi esposo más o menos, ya el "viejito está loco" a veces se le bota la "canica" y quiere que se le dé todo rápido, pero ya ni le hago caso, ya que haga lo que quiera y mi hija la que vive acá, pues está bien, trabaja, viene cenamos y así, tranquilo todo." Sus relaciones con terceros, se han disminuido hasta desaparecer y dejándole solo la red de apoyo que la conforma su familia nuclear, lo que indicaría porque reporta sentirse sola y sentir que ya no es útil en la vida diaria "-¿Se siente sola?- A veces sí, me aburro y mejor me voy a dormir, pero te digo que mis hijos me vienen a visitar entre semana entonces pues me siento bien" "-¿Se siente útil en su vida diaria?- No hija ya no, ya uno con la edad se va volviendo inútil, no todos claro, pero yo con tanto "achaque" ya no doy una."

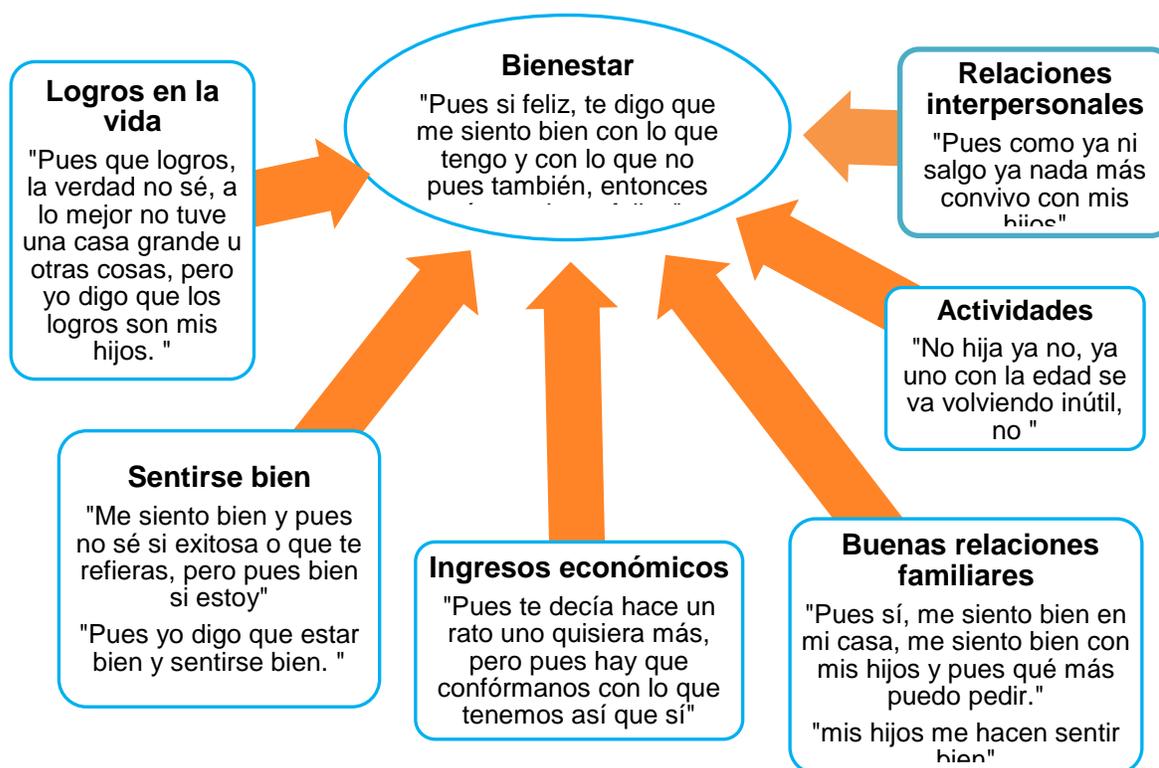


Figura 16 Percepción del participante SVPF76 sobre bienestar.

En lo que respecta a la espiritualidad, ella reporta como se muestra en la *Figura 17*, no sabe cuál es la diferencia entre espiritualidad y religiosidad debido que la aparición de nuevas religiones no permiten tener un concepto general de lo que es, sin embargo, los conceptos que menciona durante su entrevista nos permite observar que la espiritualidad en su discurso es mejor entendida como religiosidad debido a que la manera en que afronta las situaciones siempre menciona la realización de alguna práctica religiosa, en este caso en las prácticas católicas. También se posiciona en la espera de que la vida pase y que su vejez termine *"cuando sea la voluntad de Dios"* y no realiza ninguna acción al respecto, y declara que Dios es el responsable de su situación actual y de lo que pasará en un futuro,

señalándose como una persona devota a su religión. Considera que el mundo está lleno de gente buena y de gente mala, y que su edad y condición de edad adulto le dan la posición de que todo puede pasar, esto denota cuando menciona "No pues como lo voy a percibir, como todos, hay cosas buenas, hay maldad, hay gente buena, gente mala, hay de todo, uno ya como sea ya vivió ya estuvo aquí, ya nada más les queda a ustedes esperar y así ".

Al hablarse sobre las estrategias de afrontamiento con las que cuenta, ella menciona que cuando una situación que se le presenta es negativa o la percibe como aversiva suele rezar a la virgen y a Dios, mostrando así que su concepción de espiritualidad esta aunada a la institución religiosa.

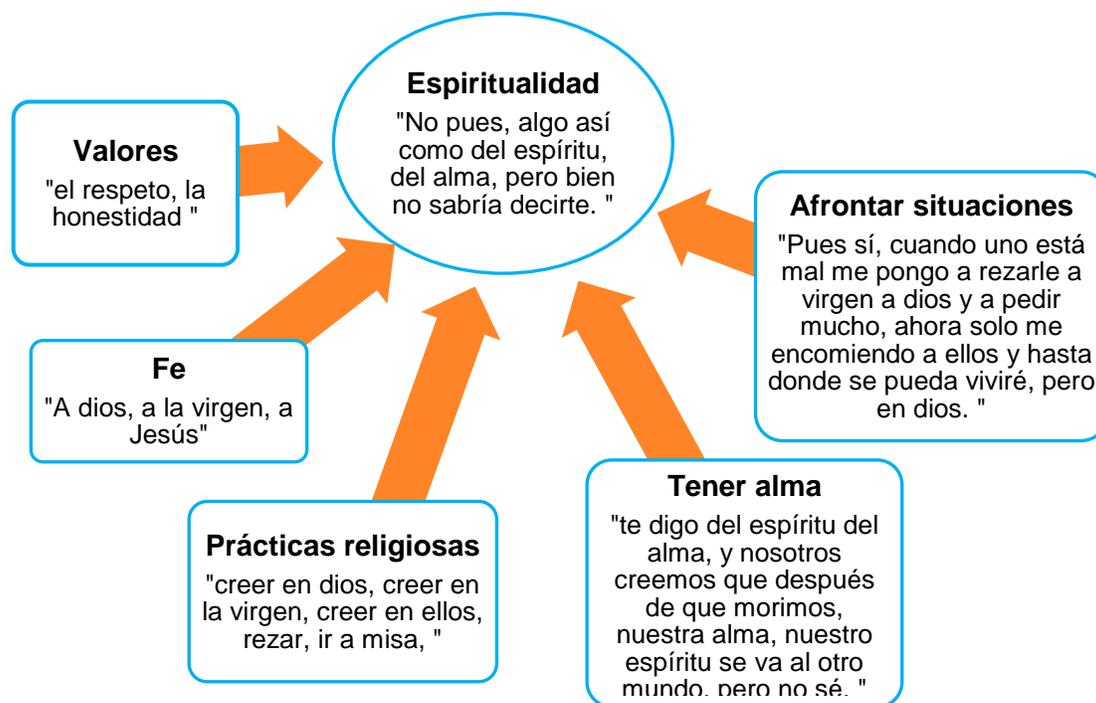


Figura 17 Percepción el participante SVPF76 sobre la espiritualidad

A partir del discurso dado durante su entrevista se detecta que la participante SVPF76 no percibe como buena su calidad de vida y por ende su bienestar se ve afectado negativamente, ya que en varias ocasiones menciona sentirse sola, inconforme con sus actividades diarias y que prefiere dormir para pasar el tiempo, y cuando en su discurso se menciona que ella solo está esperando que sea la voluntad de Dios indicaría que su espiritualidad esta aunada a las prácticas religiosas que ha tenido durante toda la vida en relación a la religión católica, por lo que sus estrategias de afrontamiento se centran principalmente en la práctica de rezar a las deidades que le dan paz y sobre todo mantienen su fe intacta. También podemos observar que ha convivido y modificado su estilo de vida a raíz de su diagnóstico, sin embargo, los síntomas característicos de la diabetes no se hicieron presentes hasta después de casi 30 años lo cual indicaría que la enfermedad tiene un progreso distinto e inigualable para cada persona.

7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su interacción con la enfermedad mediante entrevistas para conocer la percepción de los participantes acerca de dichas variables mencionadas, así como también detectar cambios que estas pudieron presentar como resultado de la diabetes.

De acuerdo a González et al. (2011) las personas con un diagnóstico previo de una Enfermedad Crónico-Degenerativa [EDC] presentan en ocasiones estrés, depresión y ansiedad, a lo que los participantes mencionan haber padecido al menos uno de estos efectos tras sus diagnósticos confirmando lo señalado por los autores.

En lo referente al padecimiento de la diabetes, los resultados obtenidos señalan que las actividades que los participantes realizan han disminuido gradualmente y en ocasiones se han visto interferidas por los síntomas de la enfermedad y que el uso de fármacos en la vida diaria es necesario para realizar actividades de manera óptima como lo afirmaron Duran, Valderrama, Uribe, González y Molina (2010). Así mismo, se pudo conocer que los participantes padecen más de una enfermedad crónica coincidiendo con los resultados obtenidos por Olaíz-Fernández et al. en la investigación que realizaron en el 2007.

Algunos autores señalan que la Calidad de Vida [CV] se construye por aspectos objetivos y subjetivos y se considera como un concepto multifactorial (Alber, Delhey, Keck & Navenburg 2005, como se citó en Estrada et al., 2011; Calma, 1987, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Molina, Meléndez & Navarro, 2008; Ornelas, 2011; Quintero & González, 1997, como se citó en Estrada et al., 2011; Sánchez-

Sosa y González-Celis, 2006, como se citó en González-Celis et al., 2009), sin embargo, los participantes dan preponderancia a las dimensiones objetivas de la CV como lo son: la situación económica, el estilo de vida, la condición de salud, la vivienda y su alimentación; con esto confirmando lo señalado por Corugedo et al. (2014) respecto a que la CV es confundida con el nivel de vida que una persona tiene dejando de lado lo subjetivo.

Los participantes reportan que parte esencial de su Bienestar Subjetivo [BS] es el apoyo que tienen de sus respectivas familias coincidiendo con lo señalado por Lawton (2001, como se citó en Molina et al., 2008), así mismo hacen énfasis a la felicidad como elemento que forma parte del BS, dando preponderancia a las situaciones positivas ante las negativas teniendo una percepción de bienestar óptimo (Branburn, 1969, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Campbell, 1976, como se citó en Moreno & Ximénez, 1996; Diener & Lucas, 1999, como se citó en García & Concepción, 2015; Moreno & Ximénez, 1996; Vinaccia & Orzoco, 2005, como se citó en González-Celis et al., 2009).

Por otro lado, Maslow señala que al tener cubiertas las necesidades básicas el bienestar será influenciado de manera positiva, empero el bienestar de los participantes se ve afectado negativamente por no tener los ingresos suficientes y no poder satisfacer sus necesidades para contribuir con la mejora de su CV, contradiciendo que su bienestar es óptimo cuando se les pregunta de manera directa sobre su felicidad.

En su mayoría los participantes declaran ser personas que utilizan la religiosidad como estrategia de afrontamiento, confirmando que México es un país religioso (Ornelas, 2011), sin embargo, no se hace la distinción adecuada entre lo

que es la espiritualidad y religiosidad, debido a que la concepción de ambas está enfocada a las prácticas religiosas que culturalmente en México se realizan y que dichas prácticas representan un beneficio para las personas mayores respecto a su CV y por ende a su BS, posibilitando un manejo adecuado del padecimiento de una ECD coincidiendo en que a mayor edad mayores habilidades de afrontamiento ante situaciones negativas (Cohen y Koenig 2003, como se citó en Ornelas, 2011; Izal y Montorio, 1999, como se citó en Molina et al., 2008).

Hemos podido mostrar a lo largo del presente trabajo, que los participantes no tienen un concepto claro de lo que significa su calidad de vida ni de lo que el bienestar implica, sin embargo sus estrategias de afrontamiento están situadas en torno a la religiosidad entendiéndose como sinónimo de la espiritualidad, donde sus creencias personales, en este caso religiosas han ayudado a mantener un nivel de calidad de vida y bienestar adecuados, si bien pudimos observar que en ocasiones ellos mismo se contradecían respecto a como lo percibían pudimos detectar por que se daban las contradicciones y esto estaba enfocado a la errónea conceptualización de las variables que tenían, lo que implicaría que el presente trabajo analizó la percepción del individuo de manera literal mediante la utilización de preguntas directas y específicas, ante esto Rojas (2005) señala el uso de dichas preguntas para conocer la percepción del individuo es la más adecuada, sin embargo, se debe considerar que en lo que refiere a bienestar, el presente no realizó la pregunta *¿Cómo considera que es su bienestar?* dejando de esta manera pauta para la especulación de la respuesta declarada por la persona donde se incluiría su valoración respecto al Bienestar. Debido a que el análisis se centró en los elementos que autores mencionan como parte del bienestar, como lo son: satisfacción,

felicidad, situación económica, salud, actividades podemos deducir que para futuras investigaciones dicha pregunta debería ser agregada, así como la obtención de un número mayor de participantes para poder tener resultados más amplios.

Los datos obtenidos nos permitieron detectar que los participantes no tienen un concepto claro de lo que es Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo, debido a que siguen teniendo la idea que deben medirse por los bienes materiales y los ingresos económicos que pueden obtener, debido a que el contexto social de México sigue preponderando la capacidad de obtener una mejor economía, y dicho análisis pudo realizarse a partir de su definición conceptual y de la utilización de categorías para comprender y detectar los elementos que los participantes declaraban como parte de las variables.

El presente estudio permite plantear la posibilidad de buscar educar socialmente sobre lo que implica la CV y BS en personas mayores en relación a una enfermedad y darles herramientas para que afronten el carácter degenerativo de la misma. Debido a lo encontrado en las entrevistas de los participantes se debe considerar que al ser una entrevista semiestructurada, algunas preguntas que se realizaron se tuvieron que plantear de otra manera para que pudieran ser entendidas por el participante, por lo que para futuras investigaciones la forma de las preguntas debería ser exactamente la misma y ser una entrevista estructurada para obtener resultados más concisos. La investigación cualitativa permite analizar la percepción del participante y en algunos casos la misma percepción que ellos tienen se verá contradecida por la misma persona, ya que en dicha declaración se verá reflejada lo que la persona entiende por CV, BS o espiritualidad.

BIBIOGRAFÍA

- Ambriz, Y., Menor, R., Campos, I. & Cardiel, M. (2015). Calidad de vida relacionada a la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitas, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatol Clin.* 11(2), 68-72.
- Aponte, V. (2015). Quality of life in the elderly. *Ajayu*, 13(2), 152-182.
- Arraga, M. & Sánchez, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 12-18.
- Barnard, K., Lloyd, C., & Holt, R. (2012). Psychological burden of diabetes and what it means to people with diabetes. En: Barnard, K., Lloyd, C. (2012). *Psychology and diabetes care; a practical guide*. London; Springer.
- Botero, B. & Pico, M. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Pshicothema*, 17(4), 582-589.
- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J., & Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública de México*, 38(6), 438-447.
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, A., Rosas S., Hernández, M., De León, M. & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis, epidemiología y prevención integral. *Salud Pública de México*, 5(5).
- Corugedo, M., García, D., González, V. I., Crespo, A., González, G. & Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del

- municipio de Cruces. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 208-216.
- Chiquete, E., Nuño, P. & Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad Investigación en salud. *Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México*, 3(9), 5-10.
- De Juanas, O., Limón, M. & Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (22), 153-168.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar subjetivo de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dorantes, A. (2016). Historia de la diabetes mellitus. En: C. Ochoa, M. Madero, A. González (2016). *Manual Práctico del manejo de la diabetes mellitus y sus comorbilidades*. México: Editorial Alfil.
- Duran, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, J. & Molina, M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Unive. Méd. Bogotá*, 51(1), 16-28.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L., Ordóñez, J. & Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502.
- Fabela, K. (2016). Clasificación, etiología y diagnóstico. Hiperglucemia, cetoacidosis e hipoglucemia. En: M., Mendoza, M.C, Ramírez, G., Zavala, F., Ortiz, & G., Herrera (2016). *Educación en diabetes para profesionales de la salud*. México: Editorial Alfil.

- García, E. (2006). *Espiritualidad y calidad de vida en adultos mayores* (tesis de licenciatura). Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- García, H. (2016). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. En: C. Ochoa, M. Madero, A. González. (2016). *Manual Práctico del manejo de la diabetes mellitus y sus comorbilidades*. México: Editorial Alfil.
- García, F. & Concepción, A. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía social. Revista Interuniversitaria*, (25), 319-341.
- González-Celis, A. L. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: Ed. L. Garduño, B. Salinas & M. Rojas (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Universidad de las Américas, Puebla; Centro de Estudios sobre Calidad de vida y Desarrollo Social; International Society of Quality of Life Studies; Plaza y Valdés, S.A de C.V.
- González, A., Elizondo, S., Sánchez, M., Escobedo, G. & Secchi, N. (2016). Síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2. Concepto, definición, diagnóstico y tratamiento. En: C. Ochoa, M. Madero, A. González (2016). *Manual Práctico del manejo de la diabetes mellitus y sus comorbilidades*. México: Editorial Alfil.
- González-Celis, A. L. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5() 501-509. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750306>

- González, N., Tinoco, A. & Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en un paciente con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279.
- González-Celis, A. L., Tron, Chávez, M. (2009). Evaluación de calidad de vida. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Hernández- Huayta, J., Chávez- Menesses, S. & Carreazo, N. Y. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 33(4), 680-688.
- Herrera, J. M. (Ed.) (2007-2008). Trabajo de investigación: El bienestar subjetivo y la calidad de vida en la población, 20-48. Recuperado de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/09/trabajo-definitivo-2008.pdf> el 15 de Julio de 2018.
- Kae Kral, K. (2018) Formato de consentimiento informado. *Universidad de Colima, Facultad de Pedagogía*. Recuperado de: https://recursos.ucol.mx/tesis/consentimiento_informado.php el 20 de Julio de 2018.
- Lazo de la Vega-Monroy, Ma. & Fernández, C. (2010). Bases moleculares de la diabetes tipo 2. En: J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, L. Durante, A. Jonguitud, & J. Esquivel (2010). *Diabetes*. Hidalgo; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva; en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 54-74.

- Lucas, R. (2007). WHOQOL: un modelo de mediada de la calidad de vida. En: M., Gil (2007). *Psicología social y bienestar*.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al Bienestar Subjetivo en el adulto mayor. *PSYKHE*, 13(2), 79-89.
- Molina, C., Meléndez, J., Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: G., Buela; V. Caballo, & C. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Nieto, J. J. (2010). Diabetes en el tiempo. En: J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, L. Durante, A. Jonguitud, & J. Esquivel (2010). *Diabetes*. Hidalgo; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. & Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública de México*, 49(3), 331-337.
- OMS (2016). La carga mundial de la Diabetes. En: OMS (2016). *Informe mundial sobre diabetes*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255spa.pdf?ua=1>
- OMS (2017a). *Enfermedad crónica*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

OMS (2017b). *Diabetes*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

OMS (2017c). *Informe mundial sobre diabetes*. Recuperado de:

<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

OMS (2018). *Perfil de la diabetes en México*. Recuperado de:

http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf

Ornelas, P. (2011). *Bienestar subjetivo en adultos mayores: relación entre los recursos personales socio-familiares y espirituales* (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Palomar, J. (2005). Estructura del bienestar subjetivo: construcción de una escala multidimensional. En: L., Garduño; B., Salinas & M., Rojas (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, Plaza y Valdez Editores.

Razgado, A. (2010). Diabetes: definición, diagnóstico y clasificación. En: J. Morales, E. Madrigal, G. Nava, L. Durante, A. Jonguitud & J. Esquivel (2010). *Diabetes*. Hidalgo; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Reig, E. & Garduño, L. (2005). Procesos cognoscitivos asociados a los constructos de calidad de vida y bienestar subjetivo. En: L., Garduño; B., Salinas & M., Rojas (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, Plaza y Valdez Editores.

Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos, consideraciones para la política pública. En: L., Garduño; B., Salinas & M., Rojas (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, Plaza y Valdez Editores.

- Ryan, M. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Rev. Psychol*, 51, 141-166.
- Salazar, I. & Ventura de Chapal, M. (2007). Evaluación y tratamiento psicológico de la diabetes mellitus. En M. Arrivillaga, D. Correa & I. Salazar. *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Salgado, M., Legrá, M., Matos, D., Cardero, D. & Castillo, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. *MEDISAN*, 20(10), 4045-4051.
- Sánchez, A. (2009). *Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar 91* (trabajo para obtener título de especialidad en medicina familiar.). Unidad de posgrado, UNAM. Coacalco, Estado de México.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción Diabetes Mellitus*. México, 9-24.
- Sen, S., Chakraborty, R., & De, B. (2016). *Diabetes Mellitus in 21st century*. Singapore; Springer, pp. 1-22.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

ANEXOS

ANEXO 1.

Folio:

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Lugar de residencia:

Diabetes

1. ¿Padece alguna enfermedad?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo?
3. ¿Cómo le diagnosticaron Diabetes?
4. ¿Recuerda las pruebas de laboratorio que le realizaron?
5. ¿Su enfermedad ha cambiado en alguna forma su vida? ¿De qué forma?
6. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad?
7. ¿podría darme un ejemplo?

Calidad de vida

8. Para usted, ¿Qué significa la calidad de vida?
9. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?
10. ¿De qué depende su calidad de vida?
11. De los siguientes tópicos ¿De cuáles depende su calidad de vida, y por qué?
Estilo de vida, estatus social, actividades de la vida cotidiana, salud y uso de medicamentos.
12. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud? De 0 a 10, ¿Qué puntuación le daría?

13. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?
14. ¿Usted diría que disfruta su vida?
15. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?
16. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto?
¿Por qué?
17. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?
18. ¿Qué es la felicidad para usted?
19. ¿Se considera una persona Feliz? ¿por qué?
20. ¿Cómo se siente respecto a su familia?
21. ¿Cómo es la convivencia en su casa?
22. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?
23. ¿Se siente solo/a? Por ejemplo:
24. ¿Se siente útil en su vida diaria?
25. ¿Qué le produce placer o alegría?
26. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?
27. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?
28. ¿Se siente satisfecho con su economía? Del 0 a 10 ¿qué puntuación le da?
29. ¿Se considera una persona exitosa?
30. ¿Para usted qué significa la frase “habiendo salud lo demás es ganancia”?

Espiritualidad

31. ¿Qué sentido tiene la vida para usted?
32. ¿Para usted que es la vida?
33. ¿Para usted qué tan relevante es la vida?
34. ¿Qué valores son importantes para usted en la vida?

35. ¿Cómo percibe usted el mundo?
36. ¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?
37. ¿Para usted que es la espiritualidad?
38. ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?
39. ¿Se considera una persona espiritual?
40. ¿Qué es la fe para usted?
41. ¿A que le tiene fe?
42. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?
43. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?
44. ¿Cuándo tiene una dificultad cómo la enfrenta?
45. ¿En qué forma sus creencias personales le han ayudado a entender las dificultades de la vida diaria? Por ejemplo

ANEXO 2.

Participante 1

Folio: SGHM67

Género: Masculino

Edad: 67 años

Escolaridad: Licenciatura en ingeniería eléctrica trunca

Ocupación: Cartógrafo

Escenario: Casa del participante

Lugar de residencia: Cuautitlán Izcalli

Diabetes

1. ¿Padece alguna enfermedad?

Diabetes, arritmia cardiaca, hipertensión, ácido úrico y todas esas cosas que te llegan con la edad, nada más.

2. ¿Desde hace cuánto tiempo?

La diabetes tiene 33 años que me la diagnosticaron, y de la arritmia 20 años. Ácido úrico aproximadamente 7 años y todo lo que conlleva el ácido úrico.

3. ¿Cómo le diagnosticaron Diabetes?

Un doctor de ahí de Azcapotzalco, me mando hacer unos estudios desde sangre y todo, salí con 116 en ese tiempo y me dijeron tienes diabetes debes de cuidarte.

4. ¿Recuerda las pruebas de laboratorio que le realizaron?

Lo de la glucosa nada más, la glucosa.

5. ¿Su enfermedad ha cambiado en alguna forma su vida? ¿De qué forma?

No, no definitivamente no, he tratado de llevarla... la enfermedad y la verdad no he cambiado mi forma de vivir, siempre pues no me ha dado fuerte a mi diabetes es muy ligera ni muy fuerte, ya ni tomo medicamento.

6. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad? ¿podría darme un ejemplo?

Si, por lo... un poco porque ya no tengo la posibilidad de salir distancias largas tiene uno que... a penas acabo de ir a Vallarta y el camión es un... es un martirio 13 horas y por lo mismo, estar sentado porque no se para el autobús para nada, seguido y vuelta, es un poco si en la forma no se para el autobús para nada, seguido y vuelta, es un poco si en la forma de trasladarte. Un poco toda mi forma de ser.

Calidad de vida

7. Para usted, ¿Qué significa la calidad de vida?

La calidad de vida significa que tenga uno, una vida confortable, la verdad a veces sin ningún tipo de sobresalto, tener buenas y no malas relaciones con la gente, tener ningún tipo de problemas ni buscárselos, es lo que considero que es calidad de vida, tener un buen nivel para poder salir adelante con lo que tienes y aprovechar las oportunidades que te la vida.

8. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?

8-7 porque últimamente no habido mucho trabajo con eso de las elecciones no habido trabajo, los municipios no han dado entonces esta uno con lo poquito que sale hacerlo, apenas si le alcanza para sobrevivir poco a poco espero que esto pasando el 1ro de enero comencemos con buenos trabajos.

9. ¿De qué depende su calidad de vida?

Pues de la familia, de los amigos.

10. De los siguientes tópicos ¿De cuáles depende su calidad de vida, y por qué?

Estilo de vida: Ha sido muy ligero porque no me preocupo de lo que otras gentes se preocupan, de llegar a tiempo, en mi trabajo siempre ha sido que llegas a la hora que tú quieras, trabajas cuando quieras, no lo haces, llegas a tu casa, el estilo de vida no buscar problemas.

Estatus social: Yo creo que no, me imaginó que la calidad de vida este es más educativo que social, que mucha gente te rodea aquí y mucha frente no sabe a veces ni conversar.

Actividades de la vida cotidiana: Si un 50%, porque fíjate muchas veces se pone uno a tomar, y es cuando uno pierde calidad de vida por estoy tomando, estando platicando con otras personas no tienen el mismo nivel de cultura, puedes platicar pero no es lo mismo.

Salud y uso de medicamentos: Como te digo no me ha atacado formalmente fuerte la diabetes porque yo no más tomo los medicamentos del corazón y se me olvidan así por meses, hasta que me siento mal, esa cómo se llama... de la diabetes ya no tengo ninguna medicina, entonces yo no más dependo de que me acuerdo de mis dolencias me tomo pastillas para el dolor, la hinchazón dependo de esas cosas.

11. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud? De 0 a 10, ¿Qué puntuación le daría?

Sí.

Bienestar subjetivo

12. ¿Usted diría que disfruta su vida?

Sí.

13. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?

Pues no estoy satisfecho con mi vida actual al 100% no tengo lo que yo deseo, o sea yo sé varias cosas, pero cuando baja el trabajo y la forma de... de moverse en la sociedad muchas veces te relegan, es que no has tenido trabajo o cosas así, un estatus diferente ya tu pues puedes arreglar tu casa y no te deprimas de repente.

14. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?

15. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto?

Un poco frustrado porque mis hijas no terminaron la escuela que yo hubiera querido, porque les mandaba yo dinero para que estudiaran, pero no se aplicaron como debían y su mamá trataba de ponerse al día, pero... un poco frustrado en ese aspecto. Del cariño muy bien.

16. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?

No al 100%, como te digo eso conlleva mucho de lo que tu tengas, facilidad para conseguir dinero o trabajar y darte un gusto o tomarle una buena copa que hace años no me la tomo y estar en la casa con una buena... un buen sillón que te relaje cuando estés ahí, viendo la tele necesitas cositas que ya ahora te escasean como pasa el tiempo.

17. ¿Qué es la felicidad?

La felicidad que este bien conmigo mismo primero, con mi familia, con mis hijas, con mi nieta, con mis amigos, con Dios que es lo más importante en esta vida, porque mucha gente no valora lo que Dios da, es lo que se considera.

18. ¿Se considera una persona feliz?

No al cien me faltan muchas cosas que me gustaría hacer, obtener un buen trabajo y lo iba hacer aquí en la casa, pero pues la suerte no. Yo creo que teniendo un buen trabajo pues ya me consideraría feliz conmigo mismo y con mi familia.

19. ¿Cómo es la convivencia en su casa?

Pues, no tenemos ningún tipo de problemas, la convivencia es un poco ríspido con mi nieta y sus papás que son muy extrañas, pero tratar a mi nieta, yo daría mi vida por la suya, es un poco ríspida con ellos, pero con mi mujer no, con la niña es tremenda.

20. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?

Pues, pues en realidad yo nunca he tenido enemigos aparentemente; yo con él que me junto todo platico y si veo que no le parece mi amistad me retiró mejor, por ejemplo yo platico mucho con el paletas (referencia a un vecino) con tu papá , con el señor de acá con el tintan pues nunca... no nunca he tenido la oportunidad, los señores de acá tras, el nieves pues no tiene platica pero nunca he tenido oportunidad así, y con los amigos que he tenido en la oficina pues me llevaba muy bien con todos, estar de acuerdo -Es una persona sociable- Si, muy sociable.

21. ¿Se siente solo/a?

No.

22. ¿Se siente útil en su vida diaria?

Si, si por... actualmente sí, estamos buscando, estamos buscando que lleguemos a la satisfacción total que yo te digo. Que lleguemos a tener lo que uno humanamente desea, ni las opulencias ni nada.

23. ¿Qué le produce placer o alegría?

Ver un buen... a mi hermano que hace mucho que no lo veo, ver a mis hermanos, ver a mi nieta en las mañanas, pues placer y alegrías es lo que da más placer a esta edad.

24. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?

Pues preocupación de grande no, no. Ya terminé de pagar mi casa, pues no, los detalles mínimos son la vida real y todo eso no va... no se valoran como uno quisiera saltar. Salto de malta dándole un buen gusto a la vida.

25. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?

Una persona con experiencia, una persona con experiencia. Un adulto mayor que te da mucho de lo que él sabe. Yo por ejemplo en el trabajo, pregúntale

al viejito, y me dicen a mí, pues yo les digo todo con detalle; porque a mí no me gusta ocultar nada ni decir... si mucho les parece bien, pues bueno y la experiencia que da la vida, la familia, todos los amigos es bien importante saber manejar las experiencias con los amigos, con los familiares, con todos porque tú sabes que las relaciones sociales entre nosotros son bien importantes.

26. ¿Se considera una persona exitosa?

No totalmente, porque no he hecho un trabajo que me haya dejado totalmente satisfecho. He hecho muchos trabajos y trabajos muy buenos y se catastro de señalar honduras, otros trabajos en Estados unidos relacionados a la cartografía. He volado sacando fotos en el avioncito y todo, pero un trabajo que me haya gustado no, un trabajo que me llene por satisfecho me falta.

27. ¿Se siente satisfecho con su economía? Del 0 a 10 ¿qué puntuación le da?

Con la economía en estos momentos ando mal, del 5 porque antes despilfarre mucho y no guarde para mi edad de adulto mayor.

28. ¿Para usted qué significa la frase “habiendo salud lo demás es ganancia”?

Nada más habiendo salud puedes dedicarte a lo que tú quieras, a una labor social a dedicarte alguna parte que seas útil y puedas tener unas ganancias que no toda la gente tiene, hay mucha gente que tiene mucho dinero, pero tienen ni reírse temprano porque no les dio la luz del día.

Espiritualidad

29. ¿Qué sentido tiene la vida para usted?

Pues todo, tiene el sentido de todo como mis padres, pues mi infancia muy bonita con mis hermanos siempre me lleve muy bien, ahora con la familia que tengo solo que mis hijas no estudiaron como yo quisiera, pero tal vez yo no supe manejar bien las situaciones difíciles, pero aquí estamos todavía peleando con la vida.

30. ¿Para usted que es la vida?

31. ¿Para usted qué tan relevante es la vida?

32. ¿Qué valores son importantes para usted en la vida?

La honestidad, la confianza y el trabajo.

33. ¿Cómo percibe usted el mundo?

Muy difícil, ahora sí que esta con el ese... del cambio climático, como ya están la situaciones espantosas la cosa esta de temerse fuertemente eh como está la situación, que le paso a Japón nunca llovía y cuando les llovió mucha gente murió y ahora con las sequias otras tanto -con los temblores- con los temblores como no, con la falla de san Andrés que es allega hasta Colombia y hasta Venezuela, hay que estar prevenidos para la difícil vida que se viene y difícil, que le dejemos un poco de alegría para las generaciones que vienen, ustedes que van para arriba, pero como no tú ya estas saliendo adelante.

34. ¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?

Pues, creo que es lo mismo espiritualidad es que tú te conserves el espíritu religioso, porque conllevan las mismas palabras.

35. ¿Para usted que es la espiritualidad? ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?

Que tengas mucho...que pienses mucho en las situaciones que vas a hacer, que medites tus situaciones que tienes para que puedas hacer o pueda pasar o pueda suceder contigo y tu familia, con tu entorno que tienes en tu colonia y con las personas con las que convives.

36. ¿Se considera una persona espiritual?

No totalmente, porque a veces no me pongo a pensar mucho me pongo a ver la tele y me distrae mucho pero cuando quedo ya en la noche conmigo mismo me pongo a pensar me gustaría leyendo un libro en la tarde que me llame la atención que espiritualmente.

37. ¿Qué es la fe para usted?

Es la forma de llevar las cosas con ganas de hacer las cosas porque tiene que hacer eso y porque va hacer tu recompensa en el transcurso de los años y de la vida.

38. ¿A que le tiene fe?

A la vida y a Dios.

39. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?

Pues no se las he llevado muy ligeramente la... la...las creencias espirituales porque muchas veces solo cuando se ven momentos difíciles uno trata de meterse a la iglesia y eso tiene que ser siempre.

40. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?

Si claro, para enfrentar dificultades. Por ejemplo, cuando se murió mi mamá y mi papá, se murieron casi con una diferencia de 5 años y yo me quede al frente de la casa, entonces yo trabajaba dos veces, Dios me dio la fuerza, platicaba yo con dios en ese tiempo para que... tener. Tenía yo dos trabajos para mantener a mis hermanas y a mis sobrinos que estaban ahí viviendo con nosotros, me... esa fuerza... la fuerza que Dios me dio para salir a delante a pesar de los tropiezos que tuve, me atropellaron una vez, ahí andamos.

41. ¿Cuándo tiene una dificultad cómo la enfrenta?

No sé, si me puedas entender, pero... cuando yo...como que yo llevaba el chip porque mi mamá murió de diabetes, mi papá y mi hermana tenía diabetes, entonces yo ya iba con ese chip. Cuando me dijo el doctor sabes que tienes diabetes tienes que cuidarte de esta forma y ya pero no me dio esa... perdón... esa bajada que le da a mucha gente que le dicen estas enfermo de esto y se dejan caer, lo tome como una cosa muy normal nunca, nunca me apasione por ese tipo de situaciones que me decía el doctor, ni cuando me dijeron del corazón yo no sé porque, talvez porque el doctor era mi amigo él fue el que me descubrió -Podemos decir que ya estaba predispuesto a padecer la enfermedad- Predispuesto por mis antecedentes familiares, entonces yo ya tenía... y nunca tome una dieta, ni nada, que se toma la dieta no nunca, siempre con lo mucho o con lo poco que da Dios.

42. ¿En qué forma sus creencias personales le han ayudado a entender las dificultades de la vida diaria? Por ejemplo

Debo tener una visión más positiva de la vida, porque Dios así lo dice y es la única forma en que salgamos adelante.

43. -Si pudiera resumir de manera global, como diría que es su... cómo se siente, si tiene bienestar-

¿Físicamente? – *Físicamente, psicológicamente, socialmente con su enfermedad-* Yo creo que sí yo nunca he manifestado que estoy enfermo ni con la gente, yo sé que lo tengo y cuando me siento mal me cuido o ya no tomo como antes, siempre he tenido de buscarme otras salidas para no estar tan perdido.

ANEXO 3

Participante 2

Folio: FJALM65

Género: Masculino

Edad: 65 años

Escolaridad: Vocacional hasta el 2do año

Ocupación: Técnico en refrigeración y aire acondicionado

Lugar de residencia: Cuautitlán Izcalli

Diabetes

1. ¿Padece alguna enfermedad?

Tengo hígado graso y tengo diabetes.

2. ¿Desde hace cuánto tiempo?

Hígado graso 5 años.

Diabetes 7-8 años

3. ¿Cómo le diagnosticaron Diabetes?

Un día me desvanecí y fui al doctor, me mandaron hacer estudios y me dijeron que tenía 368 de azúcar. Y partir de ahí me dijeron que era diabético.

4. ¿Recuerda las pruebas de laboratorio que le realizaron?

Pues fueron la química sanguínea de 15 elementos, de ahí se dieron cuenta.

5. ¿Su enfermedad ha cambiado en alguna forma su vida? ¿De qué forma?

Ha cambiado en el aspecto en el que ya no rindo igual que antes. Ya me siento bien cansado, trabajo 5 6 horas y me siento bien cansado... y me gusta dormir mucho, pero duermo por muchas pausas.

6. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad? ¿podría darme un ejemplo?

No, ha bajado mi rendimiento nada más. -Podría darme un ejemplo de ello- Me pongo a subir y bajar escalares y ya al último ya me duelen las piernas.

Calidad de vida

7. Para usted, ¿Qué significa la calidad de vida?

Calidad de vida para mí es estar sano y tener dinero para alimentarse más o menos bien.

8. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?

mmm... Un 7. Porque me alimento más o menos bien, y estoy... Dentro de mí enfermedad me siento regular no me siento mal

9. ¿De qué depende su calidad de vida?

Tener salud y tener dinero para comer

10. De los siguientes tópicos ¿De cuáles depende su calidad de vida, y por qué?

Estilo de vida, estatus social, actividades de la vida cotidiana, salud y uso de medicamentos. No hay respuesta del participante. Le voy a mencionar algunos temas y usted me puede decir si ese tema o ese ámbito es un factor que influya en su calidad de vida y el por qué por favor.

Estilo de vida: Ha tengo que contestar -Por favor- Estilo de vida es un estilo de vida normal ¿Qué si estoy de acuerdo? -No, se lo planteo de la siguiente manera. Comentamos sobre que dependía su calidad vida, y de los siguientes tópicos dependía su calidad de vida- No te entiendo, pero mi calidad de vida es normal -Se lo planeo de la siguiente Su calidad de vida depende de su estilo de vida- Sí, mi calidad de vida depende porque debe combinarse mi estilo de vida, y mi ay se me olvida la palabra - ¿Calidad de vida?

Estatus social: ¿Su calidad de vida depende de estatus social? Estoy con una enfermedad y teniendo con más dinero podría mejorar mi alimentación, porque me alimento conforme a lo que tengo.

Actividades de la vida cotidiana: ¿Su calidad de vida depende de las actividades que usted realiza?

Sí, porque tengo una calidad de vida que me la gano con un esfuerzo que puedo realizar, que no tengo para dar más. Si yo tuviera más fuerza tendría mejor calidad de vida y más dinero

Salud y medicamentos: ¿Su calidad de vida depende de su salud?

Sí, porque que si yo estuviera al 100 por ciento tendría mejor calidad de vida
¿Su calidad de vida depende de sus medicamentos?

Sí, porque si no me siento mal. Por cierto, ni me lo he tomado estos días por eso me he sentido mal. Pero si es eso, o sea yo con mis alimentos tengo mejor calidad de vida porque me siento mejor y con mis medicamentos puedo realizar mis actividades como debe de ser, mi calidad de vida pues es mala sin los medicamentos

11. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud? De 0 a 10, ¿Qué puntuación le daría?

Me siento conforme, porque tengo una edad de 65 años y mi cuerpo físicamente va de picada en todos los aspectos. 5, ¿Qué es 5? Sería en la escala... si en mi salud

Bienestar subjetivo

12. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?

Muy satisfecho, muy realizado Estoy mucho mejor que mucha gente que tiene mi edad y eso me da ánimos

13. ¿Usted diría que disfruta su vida?

Si

14. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?

Sí, por ejemplo, Logros en mi vida tener mi propiedad, tener mis autos, vivir más o menos, o sea no padeciendo nada, esos son logros de mi vida, aparte de ver realizada a mi hija, ese es un logro. Nada más

15. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto? ¿Por qué?

Feliz porque he tenido muchos logros y pocos fracasos

16. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?

Si

17. ¿Qué es la felicidad para usted?

La felicidad para mi es no padecer problemas, no tener problemas, es estar feliz con mi familia, la felicidad para mi es tener dinero para que no nos falte de comer y eso me da alegría

18. ¿Se considera una persona Feliz? ¿por qué?

Sí, porque he logrado más o menos mis metas, a mi limite

19. ¿Cómo se siente respecto a su familia?

Muy bien

20. ¿Cómo es la convivencia en su casa?

Buena, sana

21. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?

La relación con mis amigos muy buena, con mis familiares buena, casi con mi familia casi no hemos tenido problemas, me quieren los vecinos

22. ¿Se siente solo/a? Por ejemplo:

A veces, no te sabría decir, pero en promedio de una vez cada dos meses me siento decaído porque me siento solo pero no es constante

23. ¿Se siente útil en su vida diaria?

100 por ciento

24. ¿Qué le produce placer o alegría?

En cuestión de mi trabajo cuando termino y vemos que quedo bien. En cuestión de mi familia ver resultados de mi hija, eso me produce alegría

25. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?

Ninguna

26. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?

Para mí es, haber logrado una vida maravillosa una persona adulta, pero me da miedo que todo el organismo viene en decadencia, rodilla, fuerza, uy todo

27. ¿Se siente satisfecho con su economía? Del 0 a 10 ¿qué puntuación le da?

Si, un 7

28. ¿Se considera una persona exitosa?

Sí, porque siempre he tenido buenos trabajos, y los he conservado y he durado muchos años en mis trabajos

29. ¿Para usted qué significa la frase "habiendo salud lo demás es ganancia"?

Qué significa habiendo salud, pues es una situación de conformismo, porque uno como adulto mayor puede desear más pero no lo puede lograr porque ya no tiene la misma vitalidad

Espiritualidad

30. ¿Qué sentido tiene la vida para usted?

Pues el sentido que yo pensaba de joven era tener un hogar, formar una familia, tener mi auto, ahora en la actualidad quiero conservar a mi familia y conservar lo poquito que logre con tantos años de trabajo

31. ¿Para usted que es la vida?

La vida es una meta que todo mundo se propone como te dije, formar una familia y... lograr sus metas y esperar y tratar que los hijos se superen y superen a uno. Para mí eso es la vida

32. ¿Para usted qué tan relevante es la vida?

Mucho, la intención de todos es siempre vivir, vivir bien, estar sano. Significa mucho la vida para mí

33. ¿Qué valores son importantes para usted en la vida?

Los valores humanos, el respeto a la gente, es lo que más me interesa. Respetar a los otros para que me respeten a mí

34. ¿Cómo percibe usted el mundo?

Lo percibo fatal, la mayoría de gente es mala, poca gente es buena. En la actualidad es puro robar para no trabajar. Los jóvenes actualmente es puro robar, para ganar en un rato lo que ganarían en una empresa en una semana

35. ¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?

Pues yo nunca me he puesto a ver eso, porque yo no soy religioso, yo soy creyente, yo no soy católico. Lo demás no me interesa

36. ¿Para usted que es la espiritualidad?

Espiritualidad... pues un espíritu que se encuentre dentro de uno. No tengo ni idea, pero pienso que puede ser un espíritu en una persona

37. ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?

Una persona que tiene espíritu, pero no tiene cuerpo

38. ¿Se considera una persona espiritual?

Si porque tengo un espíritu dentro de mí

39. ¿Qué es la fe para usted?

La fe para mí no significa gran cosa, es nada más creer en unas personas, pero las persona que solo tienen problemas tienen fe a una cosa

40. ¿A que le tiene fe?

A mí misma familia nada más

41. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?

No, no han afectado en mi vida para nada

42. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?

No, por qué hacen luchas personales ha habido logros y fracasos

43. ¿Cuándo tiene una dificultad cómo la enfrenta?

Pues la enfrenta personalmente, pero hay veces que no se puede resolver al 100 por ciento ¿Qué hace para enfrentarla? - Ay caray, pues trato de combatirla, pues así es una forma de enfrentarla y casi siempre la he resuelto y otras necesito ayuda de otras personas. Lo soluciono con trabajo y esfuerzo

44. ¿En qué forma sus creencias personales le han ayudado a entender las dificultades de la vida diaria? Por ejemplo

Ha sido con cuestiones de trabajo, no con la idea de que alguien me va ayudar.

Solo el trabajo

Folio: VLMF65

Género: Femenino

Edad: 65 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Ama de casa y atiende una tienda

Lugar de residencia: Cuautitlán Izcalli

Diabetes

1. ¿Padece alguna enfermedad?

Sí. Diabetes

2. ¿Desde hace cuánto tiempo?

Ya tengo 22 años

3. ¿Cómo le diagnosticaron Diabetes?

Sí. Pues había días que me sentía mareada y mucha sed, mucha sed que no se me quitaba, un día fui al mercado y ya de regreso chin mana que me caigo, me Maree y como que me desmalle ya casi fue en la puerta de la casa de mi hijo, ya salieron y me levantaron y me llevaron al seguro y ahí fue donde me hicieron el estudio, llevaba yo la azúcar de 475 y fue como me diagnosticaron

4. ¿Recuerda las pruebas de laboratorio que le realizaron?

Sí, me mandaron hacer de orina y de... sangre

5. ¿Su enfermedad ha cambiado en alguna forma su vida? ¿De qué forma?

Al principio si, al principio si me decaí, me entro depresión, me sentía mal, sentía que la enfermedad me iba a acabar, pero a través del tiempo fui acostumbrándome, a través de pláticas porque mi familia me apoyo mucho, mucho me apoyo, me platicaban me decían, me daban ánimos y a través del tiempo me acostumbre a convivir con la enfermedad

6. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad? ¿podría darme un ejemplo?

Bueno, ya no lo mismo verdad, pero que digamos ya no hago nada, al contrario, ahora soy más activa

Calidad de vida

7. Para usted, ¿Qué significa la calidad de vida?

Calidad de vida para mí es quererme, apapacharme, convivir con mi enfermedad, estar tranquila conmigo misma, comer bien, este... dieta nunca he llevado, yo te como un poquito de todo dentro de lo que es mi enfermedad, te como de todo un poquito como vieras, este... me voy a fiestas, me encanta echarme mis cubillas yo siento que es una calidad de vida para mí, que estoy hablando para mí que me he acostumbrado a la enfermedad

8. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación

Le daría yo un 8, no muy bien. Porque me cuesta mucho trabajo las dietas, a mí no me gustan las dietas y este... el régimen de vida de un estate quieto de porque estas enfermo, no yo soy muy pata de perro, entonces no llevo un régimen dentro de la enfermedad para que llegue al 10, pues te digo es un 8

9. ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?

De... Primeramente de mí y después de mi familia

10. ¿De qué depende su calidad de vida? De los siguientes tópicos ¿De cuáles depende su calidad de vida, y por qué?

Estilo de vida: Si, yo digo que sí porque si tu no llevas un... un buen estilo de vida te caes, te caes totalmente, yo digo que sí

Estatus social: Ahí está cañón porque te topas con cada persona, tratas de ser sociable, aunque muchas veces ni te fumen tu eres sociable

Actividades de la vida cotidiana: Me encantan, me encanta mucho lavar, me encanta mucho hacer que hacer, me gusta mucho atender aquí (refiriéndose a la tienda que tiene en su domicilio) me gusta andar movida

Salud y medicamentos: Si, yo siento que tengo que eso si, tener mi disciplina de tomarme mi medicamento para que yo me pueda sentir bien, no pues si, dependo de mi medicamento a fuerzas

11. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud? De 0 a 10, ¿Qué puntuación le daría?

Bienestar subjetivo

12. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?

Feliz

13. ¿Usted diría que disfruta su vida?

Sí

14. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?

Si, si fíjate que ahora que... que este, desde que me dijeron que yo tenía la azúcar y eso, tuve un logro muy bueno para mí, que mis hijos se unieran más fíjate, ese es un buen logro, aunque sea por la enfermedad, pero bien unidos, eso es un logro. Otro logro es que tengo también unidos a mis hermanos conmigo misma, que antes uno por allá y otro por acá

15. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto?

Pues mira te mentiría yo si te dijera que este... muy tranquila no, no porque te vienen recuerdos, pero comienzas analizar si yo hubiera esto, si yo hubiera hecho esto

16. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?

Si

17. ¿Qué es la felicidad para usted?

La felicidad para mí, es tener a mi familia junta, en este caso la mía -La nuclear- Si, mis hijos, nietos y ahora mis bisnietos, yo soy muy feliz con ellos

18. Hace rato mencionabas que te da felicidad, ¿se puede decir que te consideras una persona feliz?

Sí soy feliz

19. ¿Cómo te sientes respecto a tu familia?

Orgullosa

20. ¿Cómo es la convivencia en tu casa?

Pues de todo, como en todos lados, y en todas las familias hay enojos, pero más allá de lo de... pleitos grandes no, se llevan bien todos estamos aquí

21. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?

Fíjate que soy de las personas que con todo mundo me llevo a toda madre... ay... -Puedes expresarte como gustes- con todo mundo me llevo muy bien, con todo mundo con primos, con tíos, yo soy así, soy muy vivaracha, cotorra me

encanta llevarme bien con la gente, saludarlas buenos días, buenas tardes, para que tener problemas con los demás si caigo gorda que allá ellos que sufran ellos yo para que (se ríe), sí o no

22. ¿Se siente solo/a?

Sí, te voy a decir que, si te mentaría que, soy feliz, pero soy un ser humano y tengo el cariño de... el apoyo, el amor y todo lo que te digo de mis hijos, pero al fin y al cabo todavía soy mujer, y si a veces me llega la soledad y yo misma me pregunto porque yo no tendría a un lado un ser humano que al menos me mentara la madre

23. ¿Se siente útil en su vida diaria?

Sí

24. ¿Qué le produce placer o alegría?

Yo creo que todo me produce el placer de ayudar a la gente en lo que se pueda, y alegría en ver a los míos

25. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?

Sí, mi hijo

26. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?

Que significa adulto mayor, antes decían que los adultos ya están grandes de 60 años no se llamaban adulto mayor, ah cabrón como que ya te hacen sentir viejita, pero yo no me siento viejita

27. ¿Se considera una persona exitosa?

Dentro de mi vida que he llevado sí

28. ¿Se siente satisfecho con su economía? Del 0 a 10 ¿qué puntuación le da?

Con mi economía me siento de 10

29. ¿Para usted qué significa la frase “habiendo salud lo demás es ganancia”?

Ah para mí, significa vida porque teniendo salud puedes trabajar, puedes barrer, puedes trapear, puedes venir puedes ir

Espiritualidad

30. ¿Qué sentido tiene la vida para usted?

Muy bueno

31. ¿Para usted que es la vida?

La vida para mi significa, alegría amor, paz, tranquilidad, yo te dije armonía, fortaleza, que también te voy a decir que ahora si llegan enojos... como se llaman -Dificultades- dificultades, la vida.

32. ¿Para usted qué tan relevante es la vida?

Pues mira, yo digo que relevante pues lo máximo

33. ¿Qué valores son importantes para usted en la vida?

Ah, son primero de cuentas el respeto, el este... el respeto, el... transmitir tranquilidad, transmitir alegría, bienestar

34. ¿Cómo percibe usted el mundo?

Ahí está cabrón, ahí está cabrón, el mundo está de cabeza, uno quisiera que el mundo fuera como no lo pintaban nuestros padres muy bonitos, yo lo veo que todos andan de cabeza por todos lados

35. ¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?

No, es lo mismo

36. ¿Para usted que es la espiritualidad?

La espiritualidad es este... traer a Dios contigo, sí.

37. ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?

Ah te vuelvo a repetir transmitir esa fe, esa alegría, esa fortaleza

38. ¿Se considera una persona espiritual?

Sí

39. ¿Qué es la fe para usted?

La fe uy ahí está cabrón... porque muchos no saben cómo especificar la fe verdad, mi fe es tener un contacto directo con mi padre santísimo eso es la fe

40. ¿A que le tiene fe?

A dios

41. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?

Sí, te vuelvo a repetir, me siento muy tranquila porque mi nieta la mayor se entregó mucho a dios, eso significa mucho, mis hijos hay uno que otro que no por más que le dices... hay que jalarlo hay que jalarlo, aja entonces... mis hijos, uno que otro y mi hija y todos mis nietos ahí van

42. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?

Si, mis creencias, mi fe más que nada, mi fe una vez que cayó en la cárcel uno de mis hijos ore por mi fe y salió, más no te puedo decir

43. ¿Cuándo tiene una dificultad cómo la enfrenta?

Ah pues lo platico, lo platico tengo algo muy importante, tengo muy mucha comunicación con mis hijos y lo platicamos

44. En este caso en la enfermedad, cuanto tú te enteraste ¿cómo la enfrentaste?

Te digo que me encerré, me encerré me vino la depresión no quería ver a nadie aja, esto fue poco a poco como te vuelvo a repetir con ayuda de mis hijos, amor de mis hijos

45. ¿En qué forma sus creencias personales le han ayudado a entender las dificultades de la vida diaria?

Mi fe, porque yo siento a Dios aquí conmigo, aquí está conmigo, me da mucha fortaleza para seguir adelante, y para los problemas que vengan sé que él está conmigo y van a salir adelante

Participante 4

Folio: SVPF76

Género: Femenino

Edad: 76 años

Escolaridad: 3ero de primaria

Ocupación: Ama de casa

Escenario: Casa del participante

Lugar de residencia: San Bartolomé Cuahuixmatlac

Diabetes

1. ¿Padece alguna enfermedad?

Si, “el azúcar”, también hipertensión y en ocasiones me duele mucho la cadera y las rodillas.

2. ¿Desde hace cuánto tiempo y cuáles enfermedades?

La diabetes desde hace 32 años, la otra hace como 7 años y de los dolores apenas me han estado dando.

3. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Diabetes Mellitus tipo 2?

Te digo que desde hace 30 años.

4. ¿Cómo le diagnosticaron Diabetes?

Pues un día de repente me empecé a sentir muy mal, yo estaba haciendo mi quehacer como de costumbre, pero comencé a marearme mucho y con bastantes ganas de vomitar, se me hizo muy raro, así que mi hija la que vive conmigo me dijo que fuéramos al doctor y ya me mando a hacer estudios y “cosas de esas” para que después me dieran la noticia que tenía esa “cochina enfermedad”

5. ¿Recuerda las pruebas de laboratorio que le realizaron?

¡UY NO! La verdad que ni me acuerdo que es lo que tanto me hicieron, solo me acuerdo que me sacaron sangre y ya, bueno es que como tal si me acuerdo que me pidieron cosas como la sangre y orina, pero no se me los nombres de las pruebas y estudios.

6. ¿Su enfermedad ha cambiado en alguna forma su vida? ¿De qué forma?

Pues si, como no, han cambiado muchas cosas de mi vida, desde la alimentación hasta otras cosas como más enfermedades, que me duelen los pies, que tengo

que tomar medicinas y aplicarme la insulina, también me afecto mucho de la vista y ahorita solo veo con un ojo y eso muy poco, las cosas si cambiaron.

7. ¿Sus actividades diarias se han visto modificadas o interrumpidas por la enfermedad?

Pues por la enfermedad y por todo, ya con la edad las cosas cambian, ya no puedo caminar bien, ya no vedo, ya no cocino, ya de que uno está “viejito” pues ya no es lo mismo y todo se vuelve diferente como no.

8. ¿Podría darme un ejemplo?

Pues te digo que ya no puedo subir las escaleras, ya no puedo cocinar y cosas así.

Calidad de vida

9. Para usted, ¿Qué significa la calidad de vida?

No pues yo creo que es estar bien, tener dinero, tener salud, eso estar bien...

10. En una escala de 0 a 10, donde 10 es la máxima calificación ¿Qué calificación pondría a su calidad de vida? ¿Por qué esa calificación?

No pues no sé, yo diría que un 7, pero la verdad no sé, a veces me siento bien, a veces me siento mal, pero pues todo va bien, si yo digo que un 7 o tal vez 8 mas no creo, menos tal vez.

11. ¿Su calidad de vida depende de su estilo de vida o estatus social?

¿A qué te refieres?

12. ¿Cree que su calidad de vida depende de lo que come, de cómo vive, de su economía o aspectos similares?

A pues si, como no, como bien dirían por ahí con dinero baila el perro, yo creo que si tuviera más dinero tal vez estaría mejor o no sé, las cosas que comemos ahora ya no son como las de antes, ya son más químicos, más feo todo.

13. ¿Su calidad de vida depende de las actividades de su vida cotidiana?

Pues como ya ni puedo hacer nada, yo creo que no, me siento bien a veces y me animo a hacer las cosas, pero otras veces no y pues ya no hago nada.

14. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su salud?

Pues más o menos satisfecho, obvio uno quisiera que las cosas fueran como antes, sentirte fuerte, sentirte bien, pero pues es lo que hay y debemos acostumbrarnos.

15. ¿Su calidad de vida depende de su salud?

Pues yo diría que sí, te decía hace un rato si me sintiera bien haría las cosas.

16. ¿Su calidad de vida depende del uso de medicamentos?

Pues no sé si dependa del uso de medicamentos, pero si son bien necesarios.

Bienestar subjetivo

17. ¿Usted diría que disfruta su vida?

Pues ya lo que nos queda de vida hay que vivirla, hasta donde dios preste licencia y a ver qué pasa, ya lo que se hizo se hizo y lo que no pues ni modo.

18. ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida actual?

Pues te digo que más o menos, uno quisiera más salud, más dinero, más cosas, pero hay va uno al día, con lo que tiene y pues no nos queda de otras más que conformarnos y agradecer lo que tenemos.

19. ¿Usted considera que ha obtenido logros en su vida?

Pues que logros, la verdad no sé, a lo mejor no tuve una casa grande u otras cosas, pero yo digo que los logros son mis hijos.

20. ¿Cuándo analiza su vida hasta el día de hoy, cómo se siente al respecto?

Pues bien, que te puedo decir, ya es lo que hay.

21. ¿Considera que su estilo de vida y su hogar son de su agrado?

Pues sí, me siento bien en mi casa, me siento bien con mis hijos y pues qué más puedo pedir.

22. ¿Se considera una persona Feliz? ¿Por qué?

Pues si feliz, te digo que me siento bien con lo que tengo y con lo que no pues también, entonces sí, me siento feliz.

23. ¿Cómo se siente respecto a su familia?

Muy bien, mis hijos vienen a visitarme por lo menos una vez a la semana y es bonito verlos, ver a mis nietos a mis bisnietos, cuando vienen que nos traen nuestra fruta y cosas así, entonces sí, mis hijos me hacen sentir bien, aunque como en todo a veces estamos bien, a veces mal, pero ahí vamos.

24. ¿Cómo es la convivencia en su casa?

Pues con mi esposo más o menos, ya el “viejito está loco” a veces se le bota la “canica” y quiere que se le dé todo rápido, pero ya ni le hago caso, ya que haga lo que quiera y mi hija la que vive acá, pues está bien, trabaja, viene cenamos y así, tranquilo todo.

25. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con otros?

Pues como ya ni salgo ya nada más convivo con mis hijos.

26. ¿Se siente solo/a?

A veces sí, me aburro y mejor me voy a dormir, pero te digo que mis hijos me vienen a visitar entre semana entonces pues me siento bien.

27. ¿Se siente útil en su vida diaria?

No hija ya no, ya uno con la edad se va volviendo inútil, no todos claros, pero yo con tanto “achaque” ya no doy una.

28. ¿Qué le produce placer o alegría?

Pues nada en especial, yo creo que ver a mis hijos.

29. ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál?

No ya no, ya gracias a dios ya saqué adelante a todos mis hijos, ya todos hicieron su familia y pues ya ¿en qué me puedo preocupar?

30. ¿Para usted qué significa ser adulto mayor?

No pues, ya ser una persona grande, con achaques, con enfermedades ya está uno “abuelito”.

31. ¿Se siente satisfecho con su economía?

Pues te decía hace un rato uno quisiera más, pero pues hay que confórmarnos con lo que tenemos así que sí, si me siento bien.

32. ¿Se considera una persona exitosa?

Pues que te puedo decir ¿exitosa en qué? Me siento bien y pues no sé si exitosa o que te refieras, pero pues bien si estoy.

33. ¿Qué es la felicidad para usted?

Pues yo digo que estar bien y sentirse bien.

34. ¿Para usted qué significa la frase “habiendo salud lo demás es ganancia”?

Pues si es bien cierto eso, con salud todo va bien, puedes hacer tus cosas, puedes estar bien y así.

Espiritualidad

35. ¿Para usted existe una diferencia entre espiritualidad y religiosidad?

No pues no sabría decirte, yo creo que es esto de la religión y creer en dios, ya ves que ahorita hay tantísimas religiones y cosas que salen, pero no, no sé.

36. ¿Qué sentido tiene la vida para usted?

Pues ya te digo, que a esta edad uno ya solo espera la voluntad de dios y pues a ver que paso con uno.

37. ¿Cómo percibe usted el mundo?

No pues como lo voy a percibir, como todos, hay cosas buenas, hay maldad, hay gente buena, gente mala, hay de todo, uno ya como sea ya vivió ya estuvo aquí, ya nada más les queda a ustedes esperar y así.

38. ¿Para usted qué tan relevante es la vida?

Pues mucho, en su momento fue bonita, lo viví y cosas así, pero ahorita solo se está a disposición de lo que pueda pasar.

39. ¿Para usted que es la espiritualidad?

No pues, algo así como del espíritu, del alma, pero bien no sabría decirte.

40. ¿Qué significa para usted ser una persona espiritual?

No pues no ni idea, yo creo que es te digo del espíritu del alma, y nosotros creemos que después de que morimos, nuestra alma, nuestro espíritu se va al otro mundo, pero no sé.

41. ¿Se considera una persona espiritual?

Pues si, como todos.

42. ¿Qué es la fe para usted?

Pues es creer en dios, creer en la virgen, creer en ellos, rezar, ir a misa, esas cosas.

43. ¿A que le tienen fe?

A dios, a la virgen, a Jesús.

44. ¿Qué valores son importantes para usted en la vida?

Pues que valores podrán ser, yo digo que el respeto, la honestidad y esas cosas.

45. ¿Para usted que es la vida?

Pues, estar aquí en este mundo, estar bien eso es la vida para mí o no sé.

46. ¿Considera que sus creencias personales han dado sentido a su vida?

Pues sí, cuando uno está mal me pongo a rezarle a virgen a dios y a pedir mucho, ahora solo me encomiendo a ellos y hasta donde se pueda viviré, pero en dios.

47. ¿Su vida ha tenido sentido?

Si, como todo, mis hijos me dieron mucho sentido, ahora te digo solo me queda esperar.

48. ¿Sus creencias personales le han dado fuerza para enfrentar dificultades?

Claro, te digo que cuando tenía problemas me ponía a rezar y las cosas pues salían bien, la fe yo creo que es muy importante.

ANEXO 3.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Consentimiento informado.

Ha sido invitado a participar en la investigación para la realización de tesis, ***Calidad de vida, Bienestar subjetivo y la espiritualidad en personas con Diabetes Mellitus tipo 2***. Esta investigación es realizada por **Leslie Fernanda Aguilar Pérez**, bajo la supervisión y asesoría de la **Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel**, para obtener el título de Licenciada en Psicología.

El propósito de esta investigación es **analizar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la espiritualidad como estrategia de afrontamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2**. Si aceptas participar en esta investigación, te pedimos que conteste las preguntas que son parte de una entrevista de manera honesta, que tomará aproximadamente **30 minutos**, así mismo autoriza mediante la firma del presente, la grabación en formato audio de la entrevista.

Tu identidad será protegida en la manera que utilizaremos códigos y nombres ficticios en el manejo, análisis e interpretación de los datos. Toda la información o datos que podrían identificar al participante serán **manejados confidencialmente**. Solamente, **Leslie Fernanda Aguilar Pérez** que participan en la investigación y la **Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel** que la dirigen tendrán acceso a los datos o información que pueda identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Si has leído este documento y has decidido participar, por favor entiende que tu participación es completamente voluntaria y que tienes derecho a abstenerse de participar o retirarte del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, así como recibir una copia de este documento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con:

Leslie Fernanda Aguilar Pérez

5582450977

leslieaguilarprz@gmail.com

Nombre y firma del participante.