



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45 SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2, DERECHOHABIENTES DEL HGSZ No.9, RIO VERDE S. L. P.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DIMAS COTINO RAMOS

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

2009



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.

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DERECHOHABIENTES DEL HGSZ No.9, RIO VERDE S. L. P.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DIMAS COTINO RAMOS

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS V. RODRÍGUEZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES SEDE UMF 45

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRÍGUEZ
MAESTRO EN CIENCIAS CLINICAS
MEDICO FAMILIAR

ASESOR CLÍNICO:

DR. HIPOLITO JÍMENEZ RUÍZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES SEDE UMF 47

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHÁVEZ
CORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD.

SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

2009

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2, DERECHOHABIENTES DEL HGSZ No.9, RIO VERDE S. L. P.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DIMAS COTINO RAMOS

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRÉS
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

INDICE

Contenidos	Página.
Antecedentes	5
Marco teórico	11
Planteamiento del Problema	23
Justificación	25
Objetivos	26
a) General	
b) Específicos	
Material y Métodos	27
a) Tipo de estudio	
b) Tipo de muestra	
c) Universo de estudio, lugar y tiempo del estudio	
d) Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
e) Administración financiera	
f) Recurso humanos y físicos	
g) Consideraciones éticas	
Instrumento	33
Resultados	35
Discusión	42
Conclusión	43
Referencias bibliográficas	44
Anexos	50

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina; una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de ésta, la hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia a largo plazo de diversos órganos en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.¹⁻⁴⁷

En la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se altera el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, es una enfermedad discapacitante, por los daños micro y macro vasculares a diferentes niveles del organismo, que se pueden expresar en ceguera, daño renal y amputaciones de miembros inferiores.³⁸⁻³⁹

El diagnóstico de la DM2 se realiza por clínica y laboratorio; por su aceptabilidad, bajo costo y la facilidad de su uso, la glucosa plasmática preprandial es la prueba de elección para la detección de la DM2.⁴⁻⁵

Anteriormente solo se disponía de la detección de glucemia en ayunas para conocer el adecuado control de la DM2. Actualmente también se cuenta con mediciones por medio de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) y glucemia posterior a la ingesta de glucosa a las 2 horas.³¹

La presencia de diabetes es más frecuente cuando se refiere el antecedente de la madre diabética (13.6 %) que cuando el padre es diabético (7.2 %) y se incrementa sustantivamente cuando ambos padecen la enfermedad (18.3 %). Si bien no existe evidencias de que la detección oportuna de la enfermedad

reduzca y retarde de forma importante la aparición de las complicaciones asociadas a esta patología. Por lo general, la diabetes se descubre en edades avanzadas, ya que en 50 % de los pacientes llevan un promedio de cinco años de conocerse enfermo.²³

El número de individuos que padecen de DM a nivel mundial se está incrementado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el año 2000, 171 millones de personas mayores de 20 años de edad tenía esta enfermedad, y se espera que para el año 2030 el número de personas enfermas ascienda a 366 millones.³⁶⁻³⁷

La Federación Internacional de Diabetes (FID) reportó que 194 millones de personas en la población adulta (20-79 años de edad) que conforman los 172 países miembros de la FID tienen DM, y estima que para el año 2025 la prevalencia en esta población será de 333 millones de personas.³⁶⁻³⁸ Otros datos a considerar son los de la OMS y la FID han reportado que los 10 países con mayor número de personas enfermas con DM son: India, China, USA, Indonesia, Japón, Pakistán, Brasil, Italia y Banglades.³⁷⁻³⁸

La Sociedad Americana de Diabetes (ADA) ha reportado que en los Estados Unidos de América (EUA), 18.2 millones de personas (6.3% de la población) tienen DM, de las cuales 13 millones de personas de esta población son diagnosticadas y 5.2 millones no saben que tienen esta enfermedad. Para el año 2000 la DM ocupó el 6º lugar como causa de muerte en los EUA.³⁹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que 35 millones de personas tenían diabetes en las Américas en el año 2000, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe y se estima que para el

año 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de los cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe.⁴¹

En los Estados Unidos, el costo del tratamiento de la población diabética ascendió a 98 mil millones de dólares (1997),²⁶ mientras que en México se estima que el costo de la atención puede ser entre 5 y 14 % de los gastos dedicados a la asistencia médica, y los costos directos e indirectos de la atención de la diabetes pueden ascender a 2618 millones de dólares anuales;²⁷⁻²⁹ para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el gasto anual de la atención a los enfermos excedió los 2000 millones de pesos (1992 a 1997).³⁰

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde hace más de 10 años se ha situado en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar; así mismo se encuentra entre los principales motivos de envío a la consulta de especialidad.⁴⁵⁻⁴⁹

En el (IMSS) el número promedio del diagnóstico fue de 10 años. Sin embargo, solo una pequeña fracción de diabéticos acude regularmente a los servicios de salud y se estima que de ésta, apenas 25 al 40 % de los enfermos tiene un control metabólico adecuado.²⁵

Más de 22% de los adultos acudió a realizarse pruebas de determinación de glucosa en sangre y mediciones de la tensión arterial en el año previo a la encuesta, en mayor medida las mujeres, de las que casi 25% acudió a ambas pruebas, mientras que 19% de los hombres acudió a pruebas de detección de diabetes y de hipertensión arterial. Para las dos pruebas, el porcentaje de adultos que acudió en el año previo al levantamiento de la ENSA 2006 fue

mayor al porcentaje que había acudido en el año previo al levantamiento de la ENSA 2000. En ese momento, 10.5% de los adultos había acudido a detección de diabetes y 13.4% a detección de hipertensión arterial, lo que, en términos de De incremento, representa 111% y 70.1%, respectivamente.³⁴

La DM, esencialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la DM provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir. Aplazar o, en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre un 5% y 14% de los gasto de salud.⁴²

La DM, además de acortar la vida productiva, tiene varias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia. Hay datos científicos que demuestran claramente que es posible mejorar la calidad de vida del paciente con DM.⁴² Los estudios epidemiológicos demostraron que el control de la glicemia disminuye el riesgo de las enfermedades concomitantes, como hipertensión arterial e hiperlipidemia.⁴⁷

Se considera que la prevalencia de la DM va en ascenso en todo el mundo, debido al incremento de los siguientes factores de riesgo, peso excesivo, obesidad y estilo de vida sedentario, junto con el envejecimiento de la población de todos los países.³⁶⁻³⁷

La encuesta nacional de salud y nutrición 2006. La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7 %, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5 %, 14.2 % en mujeres y 12.7 % en los

hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2 %, 21.7 % en mujeres y 16.8 % en hombres. La prevalencia general de diabetes (que incluye el hallazgo a partir de la encuesta) encontrada por ENSANUT 2006 será presentada una vez que se cuente con el análisis de laboratorio de los sueros obtenidos durante el levantamiento.³⁴

En la ENSA 2000 se estimó que entre los mayores de 20 años, la prevalencia de diabetes era 7.5%; años más tarde, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2005 (ENSANut 2005) se estableció en 9.5%.⁵¹

En los últimos años ha ocurrido un ascenso importante de la mortalidad por DM. En 1999 la DM fue la tercera causa de mortalidad general en México (46,632 defunciones y una tasa de 46.5 por 100 millones mil habitantes).

El anuario de mortalidad del año 2000 ubica a la DM tipo 2, como la sexta causa de enfermedad entre los grupos de 45 a 65 años de edad y reporta un total de 287,180 nuevos casos (2000) con una tasa global de 5.21/1000 habitantes.⁴²⁻⁴⁸⁻⁴⁹

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable del 5% de las consultas de medicina familiar durante el 2002, generó 62 745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalentes a 18 % del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable del 20% de este grupo, mientras que e los hombres se ubica en segundo lugar y es responsable del 15 % de las defunciones.²⁵

Garantizar la adherencia al tratamiento es uno de los desafíos para el control de la población diabética en el (IMSS) para reducir el riesgo de muerte

prematura.¹³ La aparición de complicaciones diversas, se estima que 14 de cada 100 diabéticos desarrolla neuropatía, 10 nefropatía, 7 a 10 pie diabético, (30 % de los cuales terminan en amputación) y 2 a 5 en retinopatía y un riesgo severo como cardiopatía isquémica ó enfermedad cerebro vascular es 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población. Estos daños son manifiestos incluso a edades muy tempranas, con mayores grados de discapacidad y carga de enfermedad.¹⁴⁻¹⁵

MARCO TEÓRICO

En 1980, la DM2 era la novena causa de muerte en México; desde el 2001 es la primera, anualmente la mortalidad a crecido a un ritmo sostenido de 3% entre los años 2001 y 2005, la enfermedad es la segunda causa de pérdida de años saludables y se estima que consume entre un 4.5 y 6.0 % del presupuesto total nacional para la atención de la salud. En la encuesta nacional de salud del año 2000 (ENSA 2000) se estimo que entre los mayores de 20 años de edad, la prevalencia de diabetes era de 7.5 %; años más tarde, en la encuesta nacional de salud y nutrición de 2005 (ENSANut 2005) se estableció en 9.5 %. En un 80 % es atribuible de los casos a el sobrepeso y la obesidad, sin dejar a un lado lo herencia genética.⁵¹

En la diabetes es factible evitar la aparición de complicaciones crónicas mediante el estricto control de la enfermedad, que consiste en lograr una tensión arterial no mayor de 130/80 mmhg. Así como concentración de glucosa menor de 115 mg/dl, fracción A1c de la hemoglobina glicada menor de 7 %, y lípidos dentro de parámetros observados en una persona sin diabetes (colesterol total menor de 200 mg/dL, colesterol HDL igual o mayor de 40 mg/dL. En hombres o igual o mayor de 50 mg/dL en mujeres, colesterol LDL menor de 100 mg/dL y triglicéridos menor de 150 mg/dL). Si se agregan otras recomendaciones como los exámenes periódicos de retina, de los pies y de orina (para identificar la presencia de proteínas), así como el cuidado de la dentadura y la supresión del hábito de fumar, se puede impedir una mayor

proporción de complicaciones o, por el menos, detener su progresión. La diabetes puede prevenirse, una vez diagnosticada la enfermedad, también puede eludirse la aparición o progresión de las complicaciones crónicas. La mayoría de los recursos necesarios están disponibles desde el primer nivel de atención.

La DM2 es más común, en este caso el cuerpo humano del enfermo no genera suficiente cantidad de insulina o crea una resistencia hacia ella, es muy importante su tratamiento ya que a corto plazo puede afectar la cantidad de energía que procesa el organismo y su larga evolución puede comprometer a los órganos internos y afectar el desempeño del individuo al sufrir hipoglicemia donde los niveles de azúcar son muy bajos en sangre que lo normal y produce asterexis, vértigo, diaforesis, cefalea, palidez y cambios de ánimo repentinos. En hiperglucemia los niveles de azúcar se elevan, produciendo polidipsia, polifagia, polipnea, náuseas, vómitos, visión borrosa y sequedad en la boca. Una mala alimentación, la obesidad y el sedentarismo suele desencadenar esta afección.

Estudios recientes han mostrado que las intervenciones en los estilos de vida, como la alimentación y ejercicio, pueden reducir la velocidad de progresión de estos individuos para el desarrollo de la DM2, por lo que debe de ser considerada la modificación del estilo de vida, en aquellos pacientes con una glucosa anormal en ayuno o intolerancia a la glucosa.⁶

En el manejo inicial se deberá formular un plan en el tratamiento que proporcione una base para el cuidado continuo del paciente que involucre la participación de la familia. Las personas con DM2 deberán recibir las

indicaciones para el manejo integral de la enfermedad por parte de un equipo multidisciplinario de salud. El paciente asume un papel activo en el cuidado de la enfermedad. El manejo integral para la educación al paciente y su familia deberán incluir la orientación en forma sencilla de lo que es la enfermedad, las características de la alimentación y el ejercicio que deberá realizarse; el manejo debe estar fundamentado en la vigilancia de las condiciones clínicas, metabólicas y la prescripción apropiada de los medicamentos.²

Los beneficios de la alimentación en las personas con DM2 no debe ser en forma individual, es familiar tomando en cuenta lo cultural, para ayudar a mantener los niveles de glucosa en rangos normales, prevenir y reducir los riesgos de complicaciones de esta enfermedad; y permitirle mantener el perfil de lípidos y lipoproteínas en cifras óptimas. El ejercicio en la DM 2, mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye los niveles elevados de la glucosa a un rango más normal. Este debe valorarse de forma individual sus beneficios y los riesgos de la indicación del ejercicio tomando en cuenta el sistema cardiovascular, enfermedad arterial periférica, retinopatía, nefropatía y neuropatía periférica.⁵⁻¹

El impacto social, económico y médico de una patología de amplia prevalencia y cronicidad, con múltiples órganos blancos, con complicaciones severas y discapacitantes.

La capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Si bien la calidad de vida ha aumentado. El núcleo familiar puede ser un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva.¹⁴ El propósito fundamental de la utilización y

medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo.¹⁸

Diversas investigaciones han demostrado que dentro de los ajustes al tratamiento, los pacientes pasan diversos periodos de tensión emocional, por someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. La calidad de vida es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social.¹⁹

También se le ha conceptualizado como un contrato multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida.²⁰⁻²³ La cual mide su opinión de éste respecto a su propia salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Su medición incorpora valores, creencias, expectativas vitales previas, hasta limitaciones para el desarrollo de actividades de la vida diaria. La calidad de vida es una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes.²²⁻²⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁸⁻²⁹ Calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”. La calidad de vida representa la suma de sensaciones subjetivas y objetivas personales. Puede afectar negativamente en aspecto de bienestar psicológico, social y físico, con la aparición de complicaciones agudas y crónicas, afectando el humor y la auto-estima, generando frustración y síntomas ligados a depresión y ansiedad, la relación con familiares y amigos puede estar afectada por la enfermedad, las restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos.²⁸

La calidad de vida puede ser afectada positivamente por acciones clínicas como el control de la glicemia.¹⁸⁻²⁹ Ha sido ampliamente investigada y ha crecido el número de instrumentos para evaluarla.¹⁴⁻²⁵⁻²⁹ Para medirla se han construido instrumentos genéricos y específicos.

El cuestionario 39²⁷⁻²⁸⁻³⁰ se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social, se centra en pacientes diabéticos. Durante su construcción demostró tener elevada consistencia interna, validez y criterio, fue comparado con el cuestionario Short Form-36 Health Survey [SF-36]²⁸⁻³⁰

Se adapta versión en español del instrumento Diabetes 39 para aplicarlo en población mexicana con DM2.²⁹⁻³⁰ (Anexo 3).

A nivel internacional se han hecho investigaciones de Calidad de vida, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en Cuba, Alberto Quirantes Hernández del servicio de endocrinología del Policlínico Docente "Cerro" de la Habana, Cuba. Investigó la calidad de vida del paciente diabético, en el año de 1999 y se analizaron las características, complicaciones, mortalidad y estilo de vida de estos enfermos, de una población de 35 157 habitantes, encontrándose una tasa de 39.5 x 1000 habitantes para esta enfermedad, 1 390 diabéticos de ellos 542 hombres y 848 mujeres, después de ver la morbimortalidad de diabetes mellitus y la asociación con la hipertensión arterial 35.2, obesidad 31.1, cardiopatía isquémica 19.4, infarto al miocardio 4.3, insuficiencia renal crónica 1.5, ceguera 1.6, amputados 2.1, así con la elevada inasistencia a podología

59.5 %, vida sedentaria 55.8 %, educación diabetológica 26.3%, fumadores 24.3%, inasistencia a consulta médica 17.8%, en el estudio predominó la mujer y mayores de 40 años y la diabetes tipo 2.

En España “Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España”³³ M. Mata Cases y colaboradores, se evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Estudio transversal retrospectivo y prospectivo con un cuestionario genérico EQ-5D, de una muestra de 8.963 sujetos, participaron 1.041 pacientes diagnosticados con DM tipo 2 después de 30 años de edad, con historia clínica, datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes y la CVRS. Se utilizó el cuestionario genérico EQ-5D que consta del sistema descriptivo (SD), con 5 preguntas de estado de salud de cero a cien que el mejor estado de salud y la escala visual analógica (EVA) en términos de edad, género, control de la DM tipo 2, presencia de hiperlipemias, presencia de complicaciones o tipo de tratamiento antidiabético recibido, tiempo de evolución de la DM tipo 2, el aporte del estudio ha permitido evaluar el impacto de la DM tipo 2 en la población diabética española atendida en consulta de atención primaria, comparándola con una muestra de la población general y evaluar las características de los pacientes relacionados con una peor CVRS. Los pacientes del sexo femenino, mayor edad, obesos, con control glucémico deficiente, tratados con insulina o que presentan alguna complicación de la DM 2 tienen una peor CVRS.

En Brasil, Melchior AC y colaboradores, Corrêa CJ, Rossignoli P, Pontarolo R, Fernández-Llimós F. Medidas de Evaluación de la calidad de vida en Diabetes

Parte 1 y 2. Conceptos y criterios de revisión. Analizan los instrumentos de evaluación de la calidad de vida en diabetes.

En su relación a su modelo conceptual y de medida, su confiabilidad, validez, sensibilidad al cambio, factibilidad de interpretación, aspectos prácticos de utilización, formas alternativas y adaptaciones lingüísticas disponibles, en la primera parte se analiza el concepto de calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud y su medida, se presentan criterios de revisión utilizados. En la segunda parte se hace un análisis comparativo de los instrumentos disponibles y su aplicabilidad.

En México para 2002 en la revista de Salud pública de México. Velarde-Jurado y colaboradores, en “Evaluación de la Calidad de vida” Con la revisión de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en las investigaciones de servicio de salud. Los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas.

El VII Foro Regional de Investigación en Salud del IMSS-Región Norte. El Dr. Eduardo Martínez Caldera, de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 Fresnillo, Zacatecas. “EVALUACIÓN DE ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO 2” Un estudio de intervención cuasiexperimental en pacientes con diabetes mellitus 2, con muestreo por

conveniencia se incluyeron dos grupos: el experimental (implemento de una estrategia educativa) y el grupo de control con 20 pacientes cada uno de ellos. Análisis estadístico descriptivo y Ji cuadrada. Resultados: Del 01 de Marzo al 31 de Agosto 2001, el grupo experimental disminuyó la glucemia de 199 ± 39.0 a 100.8 ± 11.3 mg/dl y el grupo control de 231.2 ± 72.3 a 192.6 ± 50.9 mg/dl al final. Se concluye que una estrategia educativa bien implementada favorece una mejor calidad de vida en sus esferas física, mental, social y recreativa.

En la Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratoria México. Martha Adelina González Calvo "CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIBÉTICOS DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO" Selecciona dos grupos de 10 pacientes, con biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, espirometría realizada con base en los lineamientos de la Sociedad Americana del Tórax, caminata de 6 minutos estandarizada para valorar tolerancia al ejercicio, presión máxima de músculos inspiratorios y espiratorios ($PI_{m\acute{a}x}$, $PE_{m\acute{a}x}$) tomando los criterios reportados por Black & Hyatt, se aplicó cuestionario de calidad de vida SF-36 y se realizó prueba de esfuerzo cardiopulmonar. Al grupo 1 experimental se le prescribió el ejercicio tres veces por semana por 12 semanas se inicio con una intensidad del 50 % hasta el 70 %. El grupo 2 realizó ejercicio en forma libre sin carga y con la misma frecuencia y tiempo. Al término de las 12 semanas se realizó nueva valoración con química sanguínea, prueba de esfuerzo cardiopulmonar, así como el cuestionario de calidad de vida SF-36. Los resultados, la prueba de función pulmonar se reportaron dentro de parámetros normales, los niveles de

glucosa después del ejercicio disminuyeron significativamente en el grupo 1 con un promedio inicial del 196 mg/dL y una desviación estándar de 59.2 mg/dL y un promedio final de 122 mg/dL con una desviación estándar de 24.1 mg/dL presentando una significancia estadística de 0.028. Predominó mejoría en el consumo de oxígeno en la prueba de esfuerzo cardiopulmonar final respecto a la inicial en el grupo 1. Con un promedio inicial de 15.3 ml/kg. Con una desviación estándar de 2ml/kg. Un promedio final de 19.3ml/kg. En el cuestionario de calidad de vida SF-36 se observaron cambios estadísticamente significativos en las ocho (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental), escalas del cuestionario después de 12 semanas de ejercicio físico. Concluyeron, que el ejercicio supervisado, incrementa, origina cambios clínicos en la calidad de vida de los enfermos con diabetes no complicada.

Juan Manuel López-Carmona y colaboradores inician “CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” Un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la delegación del Estado de México zona Oriente, del IMSS, se diseñó un instrumento validado por un panel multidisciplinario, para determinar su validez lógica y contenido, se aplica el instrumento para medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), en dos días diferentes a 412 sujetos adultos de ellos solo 389 lo completaron este instrumento de 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios: Nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, diabetes, emociones y adherencia terapéutica. La α de Cronbach para

la calificación total fue de 0.81 y el coeficiente de correlación test-retest de .84. Es el primer cuestionario específico para sujetos con diabetes mellitus tipo 2, tiene validez aparente, validez de contenido y buen nivel de consistencia. Publicado en salud pública de México en 2003.

En la Revista Medica del IMSS del 2004, se presenta una investigación de “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” Un estudio expo facto transversal, con 100 pacientes de la consulta externa de la clínica-hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS en San Luís Potosí, con diagnóstico de DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida de midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS). Los resultados mostraron que el 43% cursa con algún grado de deterioro en su calidad de vida, en la interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos, tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de 5 años de evolución de la DM2. Nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

Velia M Cárdenas Villareal y colaboradoras de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, investigan “CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” La percepción del adulto con DM tipo 2 sobre su calidad de vida y determinar las asociación de la variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico) y el estado de salud con la percepción de calidad de vida en

el adulto con DM2. Y determinar la confiabilidad del instrumento calidad de vida en diabetes (DQOL) en la población de Monterrey, N. L.

Estudio descriptivo de una sola medición, pacientes con diagnóstico de DM2 y mayores de 25 años, ambos sexos, en programa de control diabético de las unidades de medicina familiar de IMSS en Monterrey, N. L. con una muestra de 137 pacientes, se aplicó el instrumento Calidad de Vida en Diabetes, la escala de respuesta es de tipo Liker de cinco puntos y el puntaje total obtenido se transforma a índice de 0 a 100, los puntajes más altos indican una mayor percepción de calidad de vida. El (DQOL) reportó una media de 64 (intervalo de 0 a 100), la subescala más afectada fue satisfacción con el tratamiento, y la menos afectada fue impacto de la diabetes. Presentaron mayor CV las personas de sexo masculino, con mayor escolaridad, que llevan dieta y ejercicio como tratamiento médico y niveles normales de HbA1c.

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 EN PACIENTES MEXICANOS CON DIABESTE MELLITUS TIPO 2” Juan Manuel López-Carmona y Raymundo Rodríguez-Moctezuma, adaptan y validan la versión en español del cuestionario Diabetes 39, que mide la calidad de vida, una encuesta transversal, realizada en una unidad de medicina familiar IMSS del estado de México, aplicada en dos ocasiones a 260 pacientes con DM2 donde se mide la hemoglobina glucosilada, colesterol total, triglicéridos, tensión arterial, índice de masa corporal e índice cintura/cadera, edad, sexo tiempo de evolución, complicaciones diabéticas y comorbilidad. Los resultados de 249 pacientes de ellos 62.7 mujeres. El alfa de Cronbach fue más menos 0.80 para los dominios. La consistencia test-retest para la

calificación total tuvo una $r= 0.82$, $p= 0.01$. La mediana de la puntuación total fue de 29 puntos (escala de 0 a 100) y se tomó como punto de corte para definir mejor (<29) y peor (≥ 29) calidad de vida. En análisis bivariado, una peor calidad de vida se asocio con complicaciones tardías de la diabetes. Como conclusión la versión adaptada en idioma español del Diabetes 39 es un instrumento válido y confiable para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM-2. (Anexo 3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México se encuentra en el noveno lugar a nivel mundial en DM y se estima que para el año 2025, ocupe el séptimo lugar con 12 millones de pacientes. ³² La prevalencia de DM en los adultos a nivel nacional fue de 7% y en el grupo de 50 a 59 años llegó a 13.5%. ³⁵

Los costos derivados de estos pacientes, junto con la pérdida de la productividad y su alto grado de invalidez que afectan al paciente, familia y comunidad. Coloca a la DM dentro de las enfermedades de mayor costo social y de carga financiera en las instituciones de salud, se estima que el costo es entre 5 a 14% del gasto dedicado a la asistencia médica y los costos directos e indirectos pueden ascender a 2,618 millones de dólares anualmente, para el IMSS el gasto anual de la atención de DM excedió los 2000 millones de pesos en el periodo 1999 a 2007. ³³

La calidad de vida, incluye una diversidad de factores que pueden modificarla, negativa o positivamente y está representada de una suma de sensaciones subjetivas y personales, influyendo en lo físico, psicológico y social. La DM puede afectar negativamente el bienestar físico, por la aparición de complicaciones agudas y crónicas. En lo psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control, pueden influir en el humor y la autoestima del paciente, generando frustración, depresión y ansiedad, en lo social la relación con familiares y amigos puede verse afectada.

La evaluación de calidad de vida en DM es difícil de cuantificar objetivamente, la medición con encuestas directas a los pacientes, nos permitirá evaluar de

forma indirecta, el inicio de la enfermedad, los cambios de síntomas a través del tiempo, edad, género, estado civil, año de inicio de la enfermedad y aspectos de energía, motilidad, ansiedad y preocupación, más el funcionamiento sexual, que nos permitirá identificar los problemas de salud y personales de estos pacientes y así influir de manera preventiva, modificando los factores que deterioren la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2.

Por lo que nos hacemos la pregunta siguiente:

¿Qué calidad de vida tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes del Hospital General de Subzona 9 de Río Verde, del estado de San Luís Potosí?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 y la prevalencia cada día mayor, así como de sus complicaciones, generan un problema de salud, que conlleva a altos costos nivel institucional y su presencia en la edad productiva, causa de discapacidad y pérdida de vida saludable.⁷ Que impacta en los aspectos individual, familiar.

El médico familiar tiene un mayor número de pacientes diabéticos, esto favorece el conocimiento de nuevas alternativas para un mejor control metabólico.⁹ El realizar acciones anticipadas de prevención de complicaciones agudas y crónicas a largo plazo.

Es de vital importancia conocer e identificar preocupaciones y percepción de factores físicos, sociales, psicológicos que influyen en la calidad de vida; este conocimiento nos ayuda a establecer acciones anticipadas de prevención de complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad y proponer nuevas alternativas para contribuir a disminuir el gasto institucional y mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

El propósito del presente estudio es:

1. Describir cómo es la percepción de su calidad de vida en forma general, del adulto, en el aspecto de ansiedad, grado de preocupación, energía, movilidad, funcionamiento sexual y control de diabetes.
2. Determinar la asociación de variables, edad, genero, estado civil, escolaridad, inicio y tiempo de evolución de DM.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en pacientes derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en el HGSZ no. 9, de Río Verde S. L. P.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el grado de ansiedad y preocupación
- Determinar su movilidad y energía y control de diabetes
- Evaluar el funcionamiento sexual
- Identificar la frecuencia de DM tipo 2 por grupo de edad y género
- Determinar el grupo de edad más frecuente y su percepción de calidad de vida.
- Identificar la frecuencia del estado civil y escolaridad de DM tipo 2.
- Evaluar el inicio y tiempo de evolución de DM tipo 2.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, solo se describe lo encontrado en el estudio.

Observacional, donde se observara el fenómeno a estudiar sin intervención.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Transversal, la medida es en un solo tiempo, sin intervención.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Población de 30-79 años de edad, que acudan al H. G. S. Z. no. 9, de Río Verde S. L. P. Todos derechohabientes y que reúnan los criterios de inclusión para el estudio.

TÉCNICA DE MUESTREO

Muestra no probabilística por conveniencia, debido a que se incluyó al total de personas diabéticas tipo 2 que asistieron a consulta externa de medicina familiar, en los turnos matutino y vespertino, en los meses de Abril a Mayo del año 2008, derechohabientes del H. G. S. Z. no. 9, de Río Verde S. L. P.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El estudio incluyó a pacientes con DM tipo 2 que acudieron a consulta externa de medicina familiar de HGSZ no. 9, de Río Verde S. L. P. ambos sexos, se consideraron pacientes de los dos turnos, también que contaran diagnóstico de diabetes⁴ y expediente clínico. De población natural y que haya aceptado participar de forma voluntaria y por conveniencia. En lapso de 2 meses, obteniendo una muestra finita.

ANALISIS ESTADISTICO:

En el estudio se utilizó muestreo no probabilístico tipo censo, con estadísticas descriptiva mediante medidas de tendencia central, dispersión y proporción.

LUGAR:

Aula de usos múltiples y la sala de consulta externa del HGSZ # 9 Río Verde, S. L. P. Que pertenece a la delegación estatal San Luis Potosí, IMSS.

TIEMPO DE ESTUDIO:

Se realizó en un tiempo de 12 meses; que comprendo desde el mes de octubre del 2007, a septiembre del 2008. El comité local de investigación aprobó el protocolo respectivo. (Anexo 2)

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

PACIENTES:

- Con edad 30-79 años.
- Con diagnóstico de DM tipo 2.
- Derechohabientes del HGSZ no. 9 del IMSS.
- Ambos géneros.
- Que acepten participar en el estudio.
- Sin importar estado civil

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

PACIENTES:

- Negativa a participar.
- Cuando el acompañante intervenga en la respuesta del cuestionario
- No ser residente de Río Verde San Luís Potosí.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

PACIENTES:

- Cuestionarios incompletos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Calidad de vida	Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones	Es la suma de sensaciones subjetivas y objetivas personales que afecta positiva ó negativa en los aspectos del bienestar psicológico, social y físico, en un momento dado	Energía, movilidad, control de la glucemia, ansiedad, preocupación y funcionamiento sexual	Categórica nominal Binaria
Diabetes mellitus tipo 2	Trastorno metabólico por defecto de la secreción de insulina, o una acción defectuosa, ó la coexistencia de las condiciones anteriores, con niveles elevados de glucosa en sangre, daña micro y macro en diferentes órganos, causa de discapacidad en la edad productiva	Glucosa central > 126 mg/dl. En ayuno o más de 200 mg/dl. en una muestra al azar o curva de tolerancia a la glucosa mayor de lo normal	1) si 2) no	Categórica nominal Binaria

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Se registra en años cumplidos	Numérica continua (años)
Sexo	Distinción biológica que clasifica a los individuos en mujeres y hombres	A través de su expresión fenotípica	1) Femenino 2) Masculino.	Categórica Nominal Dicotómica
Estado civil	Condición legal del adulto ante la sociedad	Situación legal en que se encuentra en el momento de la entrevista.	1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) separado 5) divorciado 6) otro	Categórica Numérica Continua de razón
Escolaridad	Años de escolaridad alcanzadas por el adulto	Grado de estudios alcanzados hasta el momento de la entrevista	1) primaria 2) secundaria 3) bachillerato o equivalente 4) licenciatura 5) postgrado	Categórica Numérica Continua Binaria
Ansiedad	Reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenazante a su existencia	Manifestaciones somáticas: Aumento de la tensión muscular, mareos, taquicardia, palpitaciones, parestesias, temblor. Cognoscitiva-conductuales y afectivos: Intranquilidad, inquietud, miedos irracionales, ideas catastróficas, preocupación exagerada	1) si 2) no	Categórica Numérica Continua Binaria

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo de investigación, no es invasivo y que no pone en riesgo la salud, no presenta implicaciones de tipo ético y se apega a la declaración de Helsinsky del año 2000, en materia de investigaciones en seres humanos, así mismo a la ley General de Salud en materia de investigación, con fase de riesgo 0. (Anexo 1).

INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario con ficha de identificación, para obtener datos sociodemográficos, como son las variables de edad, sexo, estado civil, escolaridad, edad de inicio de diabetes y el tiempo de padecer diabetes mellitus tipo 2, en la carátula principal. Y se determinó el diagnóstico de diabético, según los criterios actuales.⁴

Posteriormente el Cuestionario **DIABETES 39**[®], versión en idioma español, ya validado por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, con comprensión de pacientes mexicanos con DM-2.

Está compuesto de 39 preguntas cerradas en cinco secciones: Energía-Movilidad 15 preguntas (3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 25 y 36), Control de la diabetes 12 (1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 37, y 38); para Ansiedad-preocupación cuatro (2, 6, 8, y 22), Carga social con cinco (19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual con tres preguntas (21, 23, y 30), (Anexo 3). Los pacientes responde qué tanto esta afectada su calidad de vida en un tiempo dado colocando una X en una escala análoga, donde se ubican de forma horizontal los números 1 al 7, cuya escala de valores del primero *para nada afectado en la absoluto* y el siete a *sumamente afectado* en su calidad de vida, la puntuación de cada una va de 0.5 a 7.5, cuya escala de valor se transforma a una escala de 0 a 100 por conversión lineal. Tiene dos preguntas finales que califican la percepción del paciente de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima) y la Severidad de la diabetes con un

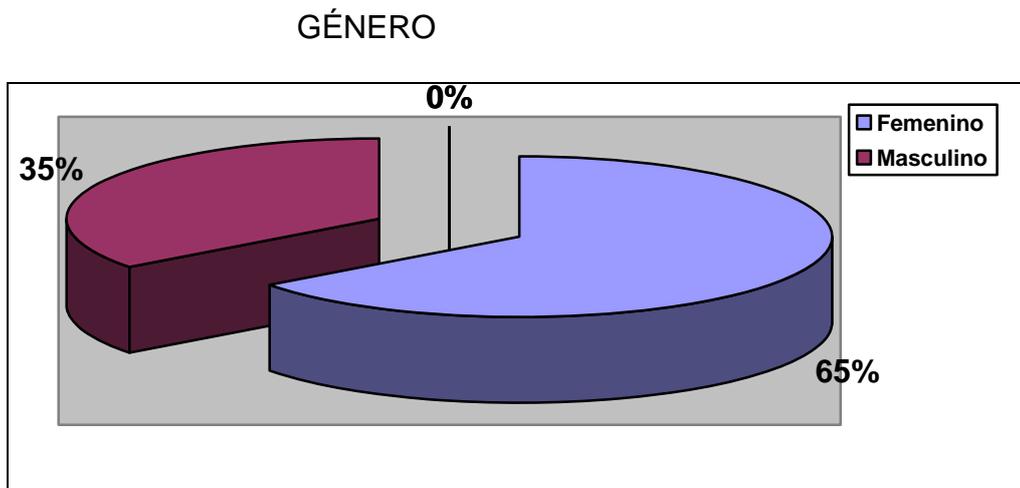
rango 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El cuestionario no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección, más el total y las calificaciones de autopercepción de calidad de vida y la gravedad fueron transformadas de una escala 0 a 100 a una lineal. No se contempla una ponderación para la calificación de cada sección en la calificación global, solo lo que representa el número de preguntas de cada una de ellas mismas y la puntuación total refleja la afectación de su calidad de vida como un todo.

El total de pacientes fueron 122 con diagnóstico de DM tipo 2, ambos sexos en tratamiento médico, que acudía a consulta externa ambos turnos, todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado. No se realizaron maniobras de intervención terapéutica, los paciente respondieron al cuestionario de manera autoadministrada en aula de usos múltiples.

RESULTADOS

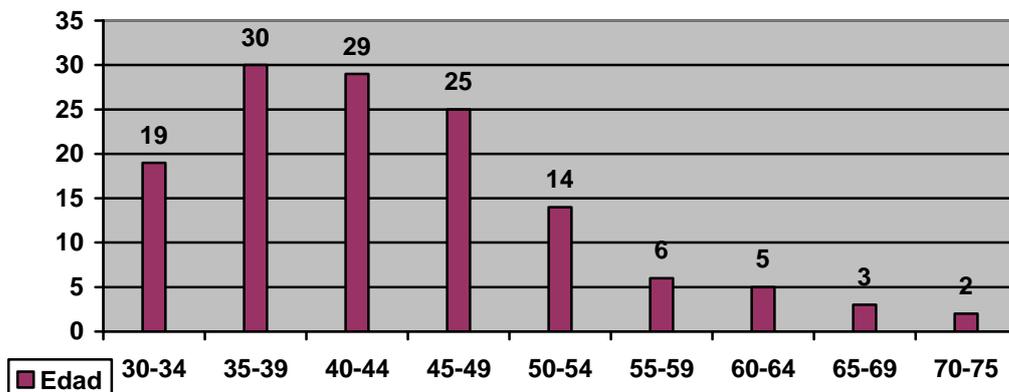
En la presente investigación se encontró que los 122 pacientes que acudieron a consulta externa, ambos turnos, del HGSZ no. 9, de Río Verde, S. L. P. En el periodo de abril a mayo del 2008. Se encontró en relación al género, 79 (65%), fueron Mujeres y 43 (35%) hombres del total de los pacientes encuestados. (Gráfica1).



Fuente: Cuestionario

n= 122 pacientes

Se incluyó edades entre 30 y 75 años, con una media de 52.5 años de una muestra de 122 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Gráfica 2)

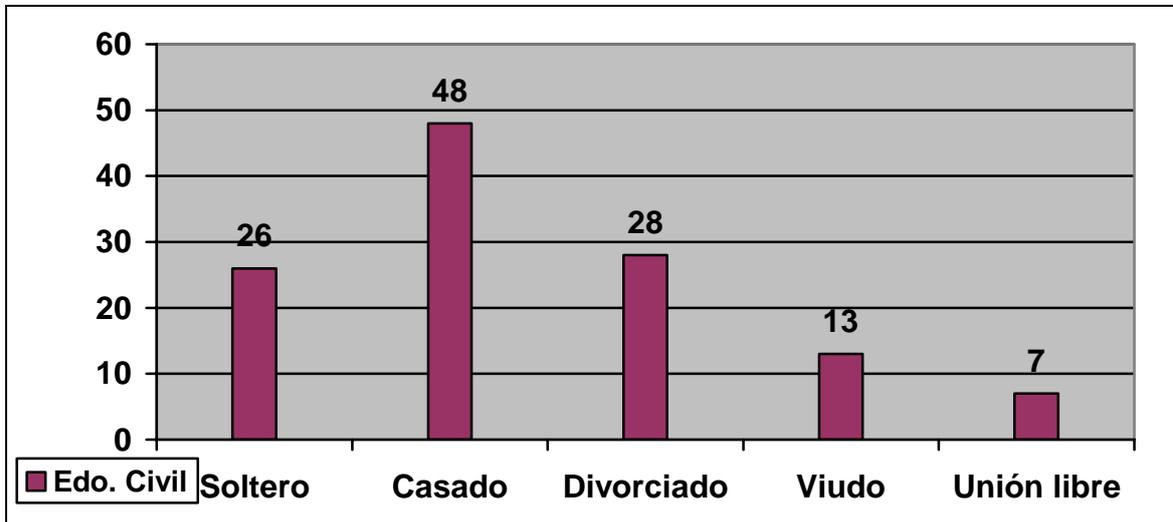


Gráfica 2

Fuente: Cuestionario

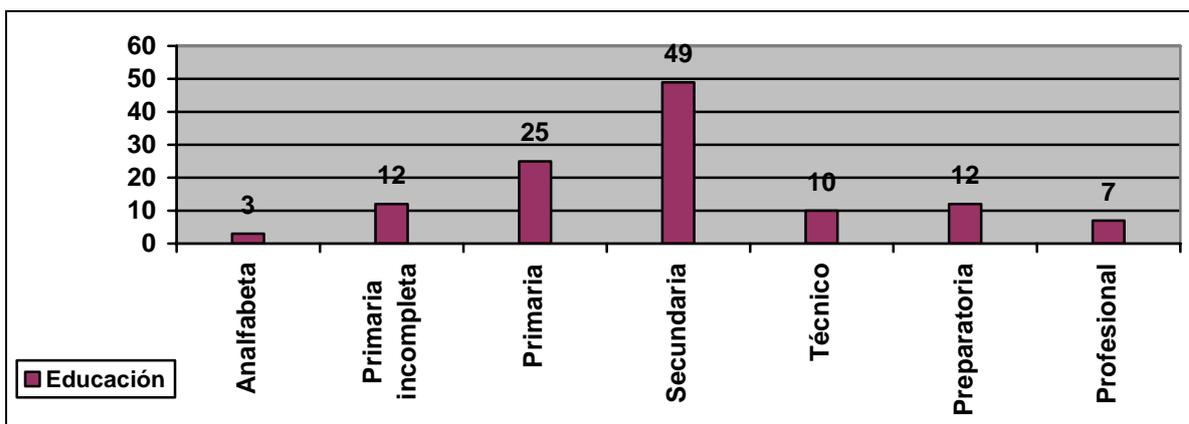
n=122

En cuanto a su estado civil se encontró que el 39.3 son casados y el 5.7 en unión libre de los 122 pacientes encuestados. (Gráfica 3).



Gráfica 3 Fuente: Cuestionario n= 122

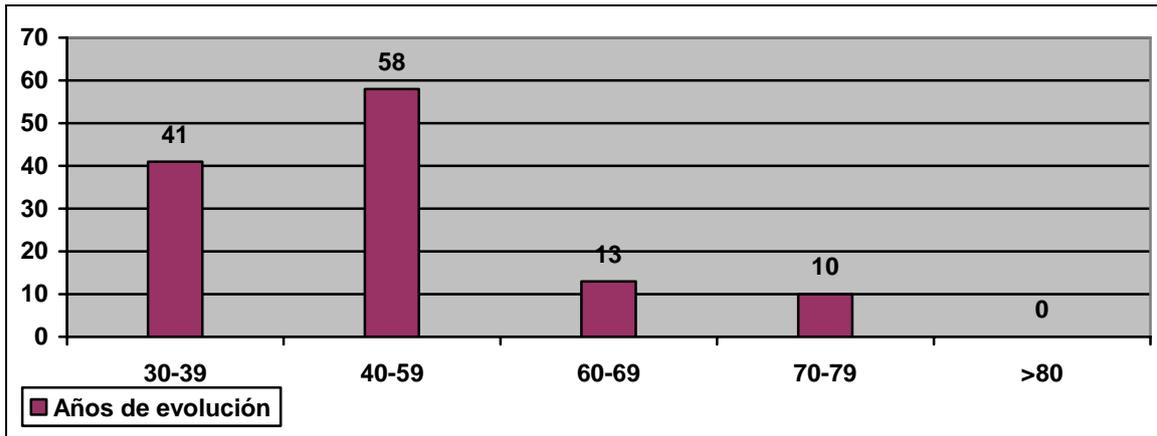
En relación a la escolaridad se obtiene un 48.3% con secundaria, 20.4% con primaria terminada, 2.4% de analfabetas y 5.7% de profesionales. (Gráfica 4).



Gráfica 4 Fuente: Cuestionario n=122

También se realizó en la encuesta de pacientes con diabetes la edad de inicio de su padecimiento crónico que va de 30 a los 79 años, se encontró que el rango de 30 a 39 años un 33.6% y porcentaje mayor de 40 a 59 años con un 47.5% de los 122 pacientes (Gráfica 5).

EDAD DE INICIO DE SU DIABESTES MELLITUS TIPO 2



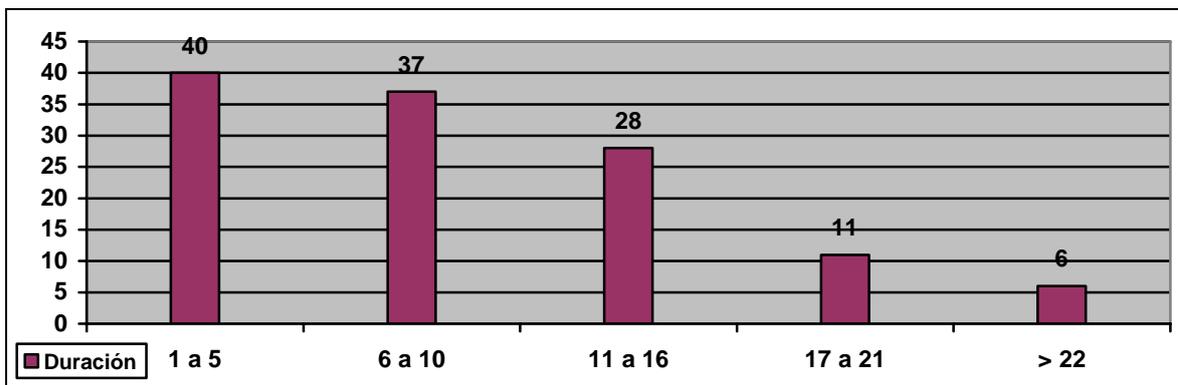
Gráfica 5

Fuente: Cuestionario

n= 122

Duración en años de diagnóstico con diabetes de estos pacientes, el rango que van de 0 a 5 años con 32.7%, el de 6 a 10 años en un 30.3% y más 22 años con 4.9% de los 122 pacientes encuestados. (Gráfica 6)

TIEMPO DE PADECER DIABETES MELLITUS TIPO 2



Gráfica 6

Fuente: Cuestionario

n= 122

La tabla de concentrado global de respuesta al cuestionario Diabetes 39, de Calidad de Vida en pacientes diabéticos tipo 2, del hospital regional de subzona número 9, de Río Verde S. L. P. Se encontró que el horario de los medicamentos para su diabetes, pregunta número uno, con 54 afirmaciones que es igual a 44.8% es la mas alta en porcentaje, de los 122 pacientes encuestados, también en la respuesta 18 con 54 respuesta positivas que da el mismo porcentaje que la primera. La número 2 que pregunta sobre la preocupación por problemas económicos con 19=15.5%. No comer ciertos alimentos para controlar su diabetes tuvo un porcentaje de 30.3% y la pregunta 6 que se refiere a estar preocupado(a) por su futuro se encontró 35 afirmaciones, da un porcentaje de 28.6%, En la tabla se encuentran los porcentajes mayores de las respuestas, da un total de 4758 positivas, que representa un porcentaje global de 99.6%, de las 39 preguntas del cuestionario aplicado. (Tabla 1).

Preguntas	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
1		54=44.8%					
2					19=15.5%		
5			37=30.3%				
6				35=28.6%			
13						15=12.2%	
17	51=41.8%						
18		54=44.8%					
27	51=41.8%						
35							9=7.3%
Totales de respuestas	1163 = 24.4%	1428 = 30%	1008 = 21.1%	531 = 11.1%	299 = 6.2%	216 = 4.5%	113 = 2.3%

Tabla 1 de concentrado global y con los mayores porcentajes. n=122

Resultados de Energía-Movilidad con 15 preguntas cerradas, en 38.5% en la limitación de su nivel de energía de la pregunta 3. De la sensación de debilidad con un 35.2 % también la pregunta 34 Dificultades para sus cuidados personales con 52 encuestados (42.6 %) que contestaron afirmativo de un total de 122 pacientes. (Tabla 2).

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
3	24=19.6%	47=38.5%	23=18%	11=9%	12=9.8%	5=4%	0%
7	20=16.3%	23=18.8%	32=26.2%	20=16.3%	16=13%	7=5.7%	4=3.2%
9	20=16.3%	43=35.2%	27=22.1%	19=15.5%	8=6.5%	4=3.2%	1=0.8%
10	30=24.5%	37=30.3%	24=19.6%	12=9.8%	12=9.8%	6=4.9%	1=0.8%
11	42=34.4%	42=34.4%	20=16.3%	9=7.3%	6=4.9%	3=2.4%	0%
12	28=22.9%	36=29%	13=10.6%	15=12.2%	14=11.4%	8=6.5%	8=6.5%
13	26=21.3%	26=21.3%	31=25.4%	7=3%	12=9.8%	15=12.2%	3=2.4%
16	14=11.4%	44=36%	23=18.8%	19=15.5%	7=5.7%	8=7%	7=5.7%
25	10=8.1%	27=22.1%	33=27%	20=16.3%	14=11.4%	10=8.1%	8=6.5%
29	35=28.6%	39=31.9%	24=19.6%	8=6.5%	4=3.2%	7=5.7%	5=4%
32	24=19.6%	39=31.9%	25=20.4%	15=12.2%	9=7.3%	7=3%	3=2.4%
33	29=23.7%	30=24.5%	29=23.7%	15=12.2%	7=5.7%	7=5.7%	5=4%
34	52=42.6%	32=26.2%	12=9.8%	7=5.7%	6=4.9%	7=5.7%	6=4.9%
35	13=10.6%	35=28.6%	29=23.7%	16=13%	10=8.1%	10=8.1%	9=7.3%
36	26=21.3%	38=29.5%	25=20.4%	14=11.4%	8=6.5%	7=5.7%	4=3.2%

Tabla 2 Energía-Movilidad

Fuente: Cuestionario

n=122

En el rubro de Ansiedad-preocupación con cuatro preguntas del cuestionario se obtiene en las preguntas 6 y 8 un 28.6% y la respuesta de la número 22 que se relaciona con sentirse triste deprimido con un porcentaje de 26.2%. (Tabla 3)

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
2	14=11.4%	29=23.7%	31=25.4%	18=14.7%	19=15.5%	11=9%	0%
6	9=7.3%	23=18.8%	30=24.5%	35=28.6%	12=9.8%	6=4.9%	7=5.7%
8	16=13.1%	30=24.5%	35=28.6%	21=17.2%	4=3.2%	9=7.3%	4=3.2%
22	19=15.5%	31=25.4%	32=26.2%	17=13.9%	10=8.1%	8=6.5%	5=4%

Tabla 3 Ansiedad-preocupación

Fuente: Cuestionario

n=122

En la respuesta de la pregunta 1 y 18 que corresponde a 44 % de los 122 pacientes encuestados y se refiere al horario de medicamentos para la diabetes y el tiempo que le llevo controlar el padecimiento crónico, en lo que refiere al hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre en 41.8% del total de pacientes. De la sección de Control de la diabetes. (Tabla 4)

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
1	36=29.5%	54=44%	16=13.1%	11=9%	3=2.4%	1=0.8%	1=0.8%
4	31=25.4%	39=31.9%	28=22.9%	12=9.8%	4=3.2%	7=5.7%	1=0.8%
5	23=18.8%	32=26.2	37=30.3%	14=11.4%	8=6.5%	7=5.7%	1=0.8%
14	35=28.6%	38=29.5%	23=18.8%	13=10.6%	6=4.9%	5=4%	2=1.6%
15	7=5.7%	33=27%	36=29%	22=18%	10=8.9%	9=7.3%	5=4%
17	51=41.8%	38=29.5%	18=14.7%	9=7.3%	2=1.6%	4=3.2%	0%
18	38=31.1%	54=44%	17=13.9%	8=6.5%	4=3.2%	1=0.8%	0%
24	37=30.3%	26=21.3%	22=18%	16=13%	21=17.2%	0%	0%
27	51=41.8%	47=38.5%	9=7.3%	13=10.6%	0%	2=1.6%	0%
28	21=17.2%	36=29%	33=27%	18=14.7%	11=9%	1=0.8%	2=1.6%
31	30=24.5%	49=40.1%	25=20.4%	12=9.8%	4=3.2%	1=0.8%	1=0.8%
39	9=7.3%	43=35.2%	33=27%	19=15.5%	5=4%	6=4.9%	7=5.7%

Tabla 4 Control de la diabetes

Fuente: Cuestionario

n=122

En la sección de Carga social, La vergüenza producida por tener diabetes en 31.9% de los pacientes y Ser identificado como diabético en un 43.4% que no le afecta. (Tabla 5).

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
19	36=29.5%	37=30.3%	29=23.7%	8=6.5%	6=6.5%	5=4%	1=0.8%
20	39=31.9%	33=27%	21=17.2%	18=14.7%	9=7.3%	2=1.6%	0%
26	21=17.2%	37=30.3%	36=29%	9=7.3%	10=8.1%	6=4.9%	3=2.4%
37	53=43.4%	34=27.8	13=10.6%	9=7.3%	10=8.1%	3=3.4%	0%
38	38=29.5%	38=29.5%	30=24.5%	8=6.5%	5=4%	2=1.6%	1=0.8%

Tabla 5 Carga Social

Fuente: Cuestionario

n=122

En tabla 6 de Funcionamiento sexual se encontró 38.5% sin problemas sexual.

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
21	38=31.1%	34=27.8%	31=25.4%	7=5.7%	5=4%	4=3.2%	3=2.4%
23	47=38.5%	40=32.7%	23=18.8%	7=5.7%	2=1.6%	2=1.6%	1=0.8%
30	41=33.6%	35=28.6%	30=24.5%	8=6.5%	4=3.2%	3=2.4%	1=0.8%

Tabla 6 Funcionamiento Sexual

Fuente: Cuestionario

n=122

Calificación global de calidad de vida y severidad de la diabetes. (Tabla 7).

Pregunta	Respuesta						
	1	2	3	4	5	6	7
1	0%	33=27%	18=14.7%	12=9.8%	28=22.9%	15=12.2%	16=13.1%
2	7=5.7%	38=31.1%	32=26.2%	28=22.9%	4=3.2%	11=9%	2=1.6%

Tabla7 Calidad de Vida. Fuente: Cuestionario

n=122

DISCUSIÓN

El concepto de calidad de vida en México ha cobrando importancia, por el aumento de la sobrevivencia de la población a expensas de un mayor número de pacientes con algún grado de discapacidad. La DM se presenta como una de los principales problemas que demanda servicios médicos y tienen una mayor repercusión en la calidad de vida de los pacientes, por iniciarse en una edad productiva.

Esta investigación proporciona una perspectiva global del estado de salud de los pacientes diabéticos de la población de Río Verde derechohabientes al IMSS, en quienes se encontró con una leve afectación de su calidad de vida. Esta situación podemos relacionarla porque la mayor parte de la población son adultos jóvenes, con un nivel de escolaridad media y con un menor grado de complicaciones crónicas, por el tiempo corto de su evolución de su diabetes; así como las condiciones de menor estrés de una comunidad suburbana. En cuanto al género, se encontró que la mayor parte son del sexo femenino (65%), grupo en el cual se ha visto, busca una mayor atención médica.

Los resultados permiten proponer y crear bases de prevención con alternativas de abordaje integral en estos pacientes, con grupos de autoayuda y equipo multidisciplinario de salud integrado por una dietista, maestro de educación física, psicólogo, trabajo social, enfermera y médico familiar, como consultorios integrales, con el propósito de prevenir e intervenir en la aparición y retardo de la complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2; y por consiguiente con acciones preventivas mejorar su percepción de calidad de vida y incidir en un menor gasto institucional.

CONCLUSIÓN

La Diabetes Mellitus es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, en los adultos en edad productiva. Ocupa la mayor parte de los recursos financieros en salud. Está demostrado que la educación del paciente y su familia por un equipo de salud interdisciplinario capacitado, puede lograr un control de la enfermedad y evitar complicaciones.

Los resultados obtenidos en este estudio muestra poca afectación de la calidad de vida, con porcentaje global de 44.8% (54 encuestados) de 122 pacientes, en aspecto de energía-movilidad con 42.6%, ansiedad-preocupación 28.6%, el control de la diabetes 44 %, de la carga social 43.4%, en el funcionamiento sexual 38.5%. Las variables sociodemográficas, en género el femenino con 79 (65%) y 43 (35%) del sexo masculino, con una edad media de 52.5 años, estado civil (39.3%) resultaron casados, la escolaridad secundaria con 48.3% y 2.4% no tiene estudios. El inicio del padecimiento crónico es del 81.1% en el rango de edad de los 30 a 59 años, y el tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes fue de 1 a 10 años (63%).

Los resultados permiten proponer y crear bases de prevención con alternativas de abordaje integral en estos pacientes, en grupos de autoayuda y equipo interdisciplinario, integrado por un dietista, educación física, psicólogo, trabajador social, enfermera y médico familiar, como consultorios integrales, con el propósito de prevenir e intervenir en la aparición y retardo de las complicaciones de la diabetes mellitus; y las estas acciones preventivas nos permitiría mejorar la percepción de calidad de vida y incidir en un menor gasto institucional.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la diabetes tipo 2.
2. Secretaria de Salud. Proyecto de modificación a la NOM-015-SSA-1994 para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes. Rev Med IMSS 2000; 38 (6):477-495.
3. Harris MI, Hadden WC, Bennett PH: Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in the U.S population aged 20-74 yr. Diabetes 1987;36:523-524.
4. American Diabetes Association. Pruebas de selección para detección de diabetes tipo 2. Diabetes Care 2004; 27(suppl 1):S5-S10.
5. Engelgau MM. Thompson T.J. Smith PJ, Herman WH, Aubert RE. Screening for diabetes mellitus in adults the utility of random capillary blood glucose measurements. Diabetes Care 1995; 18:463-469.
6. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344:1343-50.
7. Matsuoka KA. Diabetes care team-role of diabetes specialists and certified diabetes educator. Japanese Journal of clinical Pathology 2001; 49(12):1212-7.
8. American Diabetes Association. Diabetes Mellitus and Exercise. Diabetes Care 2002; 25 (suppl 1):S64-S68.
9. García V. Ejercicio y Diabetes Mellitus. Segunda Edición McGraw-Hill Interamericana 1999, p.315-327.

10. Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Oláis G, Valles W, Ríos-Torres JM, et al. Early onset type 2 diabetes in a Mexican nationwide survey. *Am J Med* 2002; 113:569-674.
11. Otiniano ME, Du X, Ottenbacher K, Black SA, Markides KS. Lower extremity amputations in diabetic Mexican American elders: incidence, prevalence and correlates. *J Diabetes Complications* 2003; 17(2):59-65.
12. Barceló A, Rajpathak S. Incidence and prevalence of diabetes mellitus in the Americas, *Pan Am J Public Health* 2001; 10(5):300-3008.
13. Secretaría de Salud. Morbilidad, 2000. México. Secretaría de salud. 2003. p. 25-51.
14. Instituto Nacional de Salud Pública. Atlas de la Salud 2002. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001. p.31-52.
15. Barquera S, Tovar-Guzmán V, Campos-Nonato I, González-Villalpando C, Rivera-Dommarco J. Geography of diabetes mellitus mortality in México: An epidemiologic transition analysis. *Arch Med Res* 2003. 34(5):407-414.
16. División Técnicas de Información Estadística en Salud. Principales causas de muerte en el grupo de edad general según sexo (total nacional 2002) México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2002.
17. Rascón-Pacheco RA, Santillana-Macedo MA, Romero-Arredondo ME, Rivera-Icedo VM, Romero-Cancio JA, Cota-Rembau AI. Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el paciente diabético; el uso de tecnología computacional en la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 2000; 42:424-432.

18. Vázquez Martínez JL, Gómez – Dantes H, Fernández –Cantón S. Diabetes Mellitus en Población Adulta del IMSS. Rev Mex Inst. Seguro Soc. 2006; 44 (1):1326.
19. Yach D, Alberti G. Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International diabetes Federation Meeting, WHO/NMH/MNC/03.1, Geneva WHO 2003.
20. Wing R, Goldstein M, Acton JK, et al. Lifestyle changes related to obesity, eating behavior and physical activity. Diabetes Care 2001; 24:117-123.
21. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: SSA 2002.
22. De-Los -Ríos JL, Guerrero–Sustaita V. Depresión in the patients which DM 2 and diabetic nephropathy. Desarrollo Científico de enfermería 2003; 5: 136-140.
23. De los Ríos–Castillo JL, Sánchez-Sosa JJ, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(2):109-116.
24. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-31.
25. Andrade-Rodríguez HJ, Valadez-Castillo FJ, Hernández-Sierra JF, Gordillo-Moscoso AA, Dávila-Esqueda ME, Loredó Díaz-Infante CL. Efectividad del ejercicio aeróbico supervisado en el nivel de hemoglobina

- glucosilada en pacientes diabéticos de tipo 2 sedentarios. Gac Méd Méx vol. 143 No.1, 2007.
26. Melchioris AC, Correr CJ, Rossingnoli P, Pontarolo R, Fernández- Llimos F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte 1: Conceptos y Criterios de Revisión. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(1):1-11.
 27. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C, Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública México* 2002; 44(4):349-361.
 28. World Health Organization (WHO). WHOQOL. Measuring Quality of Life WHO 1997.
 29. López Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2006; 48:200 -211.
 30. Boyer JG, Earp JAL. The development of and instrument for assessing the quality of life of people with diabetes. *Med Care* 1997; 35:440-453.
 31. Gómez V, Zúñiga E. Control de la diabetes mellitus tipo 2: el índice de hiperglucemia como indicador. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 281-284.
 32. *Revista médica del IMSS*, Marzo-Abril 2007.
 33. FMD, Diabetes Hoy, edición bimestral, volumen VII numero 6, noviembre-diciembre 2006, México, Págs.1708-1726.
 34. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.
 35. Muñoz-Reyna AP, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glicemia y peso corporal. *Archivos en Medicina Familiar* Vol. 9 (2) 2007:87-91.

36. Wild S., Roglic C., Green A., Sicree R. y King H. 2004. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 25 (5): 1047-1053.
37. WHO. Country and regional data. 24 de junio de 2004. [en línea] <http://www.who.int/diabetes/>
38. IDF. Internacional Diabetes Federación, Mayo 2003. [en línea] <http://www.diabetes.org/>
39. ADA. Nacional Diabetes Fact Sheet. Mayo 2005. [en línea] <http://www.diabetes.org/>
40. ADA. Diabetes Statistics for Latinos. Mayo 2005. [en línea] <http://www.diabetes.org/>
41. PAHO. La Diabetes en las Américas. Mayo 2005 [en línea] <http://www.paho.org/>
42. SSA. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Diabetes Mellitus. No. 43. Vol. 18. Sem. 43, Del 21 a 27 de Octubre de 2001. ISSN 1405-2536.
43. Masharani U., Karam J.H. 2005 Diabetes mellitus & Hipoglycemia. In: Tierney L. M., McPhee S. J. y Papadakis M. A. (ads), *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 44th ed. Mc Graw-Hill Lange Medical Books; pp. 1157-1201
44. Zimmet P, McCarty D. Diabetes 1994 to 2010: Global estimates and projection 1994, Internacional Diabetes Institute, a WHO collaborating Center for Diabetes Mellitus.

45. Corana HBM, Bautitas SL. Perfil del paciente diabético en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. Arch Med Fam 2004; 6(12): 40-43.
46. Velásquez MO. Estrategias en la prevención primaria de la Diabetes Mellitus tipo 2. Med. Int. De Méx. 2001; 17(1):30-32.
47. Héctor Eloy T. P., Hugo Gutiérrez H., et al Tratamiento con insulina en el paciente hospitalizado con diabetes mellitus tipo 2 ¿Única opción? Med Int Mex 2007;23:196-9
48. SSA. 1999. Estadísticas Vitales. Mortalidad. Principales causas de mortalidad general. Estados Unidos Mexicanos.
49. SSA. 2000. Programa de salud del adulto y el anciano.
50. Aguilar-Salinas CA, Vázquez-Chávez C, Gamboa-Marrufo R, García-Soto N, Ríos-González JJ, Holguín R, et al Prevalence of Obesity, diabetes, hipertensión and tobacco consumption in an urban adult mexican population. Arch Med Res 2001;32: 446-453.
51. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (2): 101-103.
52. INEGI. Anuario estadístico San Luís Potosí, edición 2007.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ habiendo sido informado por el Dr. Dimas Cotino Ramos, sobre el tema investigación, “**Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes del HGSZ no. 9, Río Verde S.L.P.**” Los motivos y las implicaciones en aplicación de un cuestionario, además de la confidencialidad de la información vertida en el mismo, doy mi pleno consentimiento para la realización de la encuesta en cuestión, estando de acuerdo en el uso que se le dará a la información vertida en el documento, aclarando que cualquier momento de la aplicación del mismo, decido no participar, quede anulado el documento, liberándome de toda responsabilidad para el presente estudio.

Nombre y firma del paciente

Testigo

Nombre y firma de quien aplica el cuestionario.
 _____.

Fecha: _____

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (GRÁFICO DE GANTT).

ACTIVIDAD	OCT 07	NOV 07	DIC 07	ENE 08	FEB 08	MAR 08	ABRI 08	MAY 08	JUN 08	JUL 08	AGO 08	SEP 08
RECOLECCION DE BLIBIOGRAFIA	XX	XX										
INTEGRACION Y REDACCION DE PROTOCOLO			XX	XX	XX							
PRESENTACION Y AUTORIZACION DEL PROTOCOLO						XX	XX					
APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS							XX	XX				
RECOLECCION DE DATOS								XX	XX			
PROCESO Y ALNALISIS DE LA INFORMACIÓN									XX			
ELABORACIÓN DE RESULTADOS									XX			
DISCUSIÓN, ANALISIS Y CONCLUSIÓN										XX	XX	XX

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

U. M. F. 45 SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.

H. G. SZ. No. 9, RIO VERDE, SAN LUIS POTOSÍ

“CUESTIONARIO, **DIABETES 39**[®], DE CALIDAD DE VIDA”

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA _____

NOMBRE _____

NUM. DE AFILIACIÓN _____

EDAD _____ AÑOS SEXO F M ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD MÁXIMA _____

EDAD DE INICIO DE SU DIABETES MELLITUS TIPO 2 _____ AÑOS

TIEMPO DE PADECER DIABETES MELLITUS TIPO 2 _____ AÑOS

ANEXO 3 **MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR.**
RESUMEN

“Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, derechohabientes del HGSZ no. 9, Río Verde S. L. P.”

Dr. Dimas Cotino Ramos.

Objetivo: Conocer la percepción de calidad de vida de los pacientes diabéticos del HGSZ no. 9, Río Verde S. L. P. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, por conveniencia, sin intervención, se utilizó el cuestionario **DIABETES 39[®]**, auto administrado, en una sola ocasión, a 122 pacientes con diagnóstico ya establecido y con análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central, dispersión y proporción. Se obtuvieron datos sobre la edad, género, escolaridad, tiempo e inicio de la diabetes. **Resultados:** Se encuestó a 122 sujetos de los cuales 65% fueron mujeres, la edad promedio 52.5 años, con escolaridad media 48.3%, el inicio de la diabetes en el rango de 40 a 59 años fue de 47.5%, en años de padecer DM en grupo de 1 a 5 años, con un porcentaje de 32.7% y 6 a 10 años fue de 30.3%. Se encontró leve afectación de su calidad de vida. **Conclusión:** La Leve afectación de su calidad de vida, se explica por vivir en una comunidad, suburbana, ser adultos jóvenes, de escolaridad media, mujeres y con un corto tiempo de evolución de la enfermedad, que no presenta una mayor cronicidad al momento del estudio.

Palabras claves: Calidad de Vida; Diabetes Mellitus tipo 2.

Anexo
CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le solicita responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
2. Preocupaciones por problemas económicos
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
3. Limitación en su nivel de energía
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
6. Estar preocupado(a) por su futuro
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
8. Tensiones o presiones en su vida
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

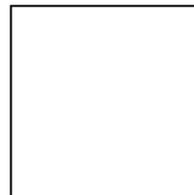
 Sumamente afectada
12. Visión borrosa o pérdida de la visión
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
13. No poder hacer lo que quisiera
Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada



Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

14. Tener diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
15. El descontrol de su azúcar en sangre
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
20. La vergüenza producida por tener diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
22. Sentirse triste o deprimido
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
24. Tener bien controlada su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
25. Complicaciones debidas a su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
30. Menor interés en su vida sexual
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada